



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
Main Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2015

---

## **Am Anfang des Lebens**

Lauber, Anina ; Moser, Doris

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-186405>

Book Section

Published Version

Originally published at:

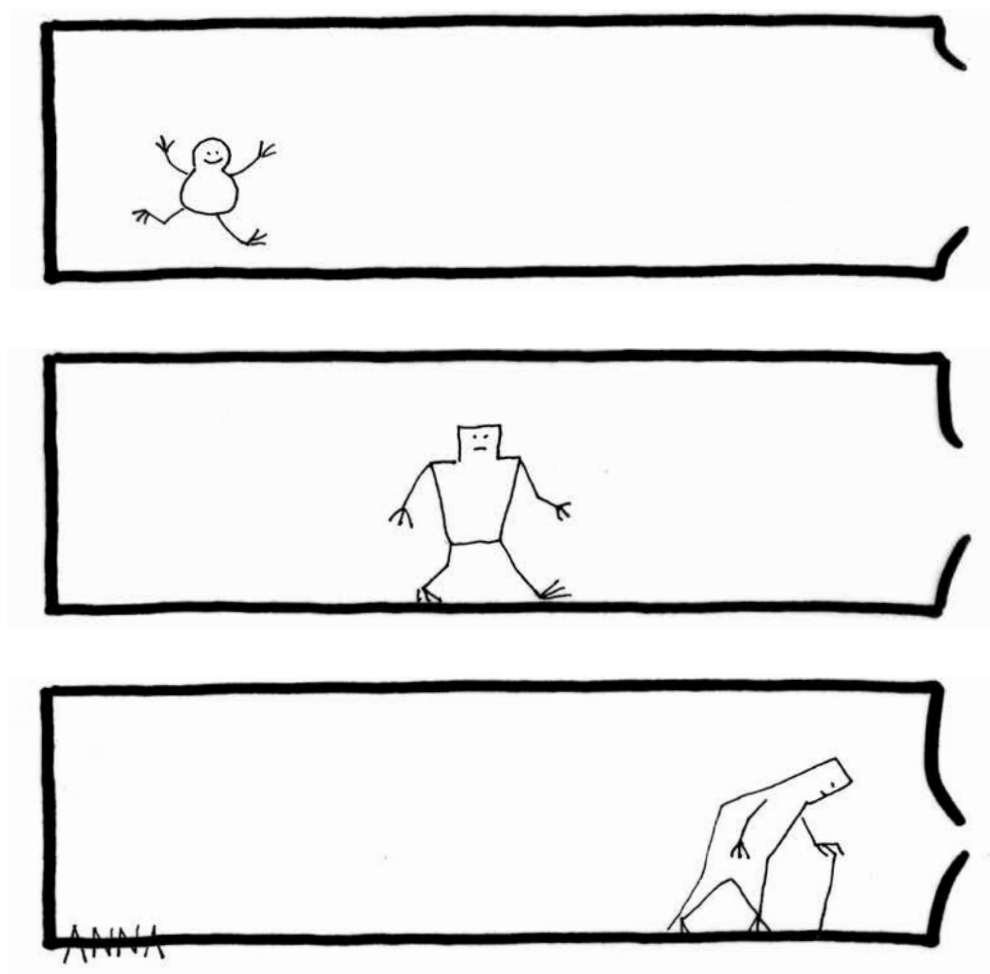
Lauber, Anina; Moser, Doris (2015). Am Anfang des Lebens. In: Forum für Universität und Gesellschaft. Ist weniger mehr? : Grenzen der modernen Medizin. Bern: Universität Bern, 10-12.



Forum

für **Universität und Gesellschaft**

Universität Bern



## IST WENIGER MEHR?

### Grenzen der modernen Medizin

Veranstaltungsreihe  
Winter 2014/2015

*u*<sup>b</sup>

---

<sup>b</sup>  
**UNIVERSITÄT  
BERN**

# Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser

In seiner Rektoratsrede am Dies academicus sprach Prof. Martin Täuber zu den Grenzen und Problemen der modernen Medizin. Er wünschte sich für die Universität Bern einen interdisziplinären, akademisch-wissenschaftlichen Ansatz, um sich den vielschichtigen Herausforderungen unseres hochentwickelten Gesundheitssystems zu stellen. Das Forum für Universität und Gesellschaft nahm diese Anregung auf und organisierte im Herbst und Winter 2014/2015 eine fünfteilige Veranstaltungsserie zum Thema «Ist weniger mehr? Grenzen der modernen Medizin».

Was kann die moderne Medizin heute leisten und zu welchem Preis? Hierbei geht es nicht nur um die High-Tech-Errungenschaften der letzten Jahrzehnte, die uns bald schon vom ewigen Leben träumen lassen. Es geht auch nicht ausschliesslich um die Höhe der Krankenkassenprämien, um Zweiklassen-Medizin und Generika. Mit den medizinischen Fortschritten drängen sich zunehmend die Fragen auf, die uns ganz direkt als Mensch betreffen. Im Vordergrund stehen dann Überlegungen, was ein gutes Leben, was ein würdiges Sterben sein kann. Wann ist Leben noch lebenswert? Wann ist es genug? Wann wird ein Mehr an Medizin zu viel? Wo ist weniger mehr?

Das Forum hat diese und weitere Fragen aufgenommen und sie mit Blick auf die drei Lebensphasen «Anfang», «Mitte» und «Ende» vertieft diskutiert. Mediziner, Pflegende, Ökonomen, Juristinnen, Ethiker, Theologinnen, Politiker und Betroffene haben sich unseren Fragen gestellt und jeder und jede hat sie auf seine ganz eigene Weise beantwortet. Das Spektrum ist reichhaltig und vielschichtig und regt zum Nachdenken an.

Lesen Sie selber und machen Sie sich Ihre eigenen Gedanken. Denn nur wenn wir alle das Machbare vom Wünschbaren unterscheiden, werden wir zu Lösungen kommen, die zukunftsfähig sind.

*Martina Dubach*

*Samuel Leutwyler*

# Inhalt

Editorial	2
Einleitung <i>Martin Täuber</i>	4
Moderne Medizin – Wenn fast alles möglich wird <i>Martina Dubach und Anina Lauber</i>	5
Interview mit Thierry Carrel <i>Rudolf Burger</i>	8
Am Anfang des Lebens <i>Anina Lauber und Doris Moser</i>	10
In der Mitte des Lebens <i>Anina Lauber und Sarah Beyeler</i>	13
Interview mit Wolfgang Langewitz <i>Brigitte Walser</i>	16
Ausgewählte Kernaussagen für Eilige	18
Interview mit Isabelle Noth <i>Barbara Bleisch und Jean-Daniel Strub</i>	20
Am Ende des Lebens <i>Sarah Beyeler und Martina Dubach</i>	22
Was tun? Rezepte für die Zukunft <i>Martina Dubach, Sarah Beyeler, Doris Moser</i>	25
Interview mit Daniel Scheidegger <i>Barbara Bleisch und Jean-Daniel Strub</i>	28
Fazit <i>Jean-Daniel Strub</i>	30
Referenten und Referentinnen / Autorinnen und Autoren	32
Vorschau	35

## Einleitung

Die Medizin hat in den letzten Jahrzehnten frappe Fortschritte gemacht. Das molekulare Verständnis des menschlichen Körpers, die Nutzung dieser Kenntnisse zur Entwicklung von hochwirksamen Medikamenten, die Entschlüsselung des Erbgutes sowie technologische Verbesserungen in Bildgebung und Chirurgie illustrieren diese Fortschritte eindrucksvoll. Die Errungenschaften sind nicht nur aus wissenschaftlicher Sicht faszinierend, sondern bilden auch die Basis, um Krankheiten zu heilen und viel Leid zu mildern oder zu vermeiden. Es ist zu erwarten, dass die genannten Entwicklungen auch in Zukunft weitergehen.

Bei aller berechtigten Genugtuung über die erzielten Erfolge stellen sich mit zunehmender Dringlichkeit aber auch Fragen nach den Grenzen sowie nach möglichen Schattenseiten dieses Fortschrittes. Denn immer mehr wird erkennbar, dass nicht alles Mögliche auch sinnvoll und wünschbar ist. Dies zeigt sich mit Blick auf die Patienten, für welche die moderne Medizin mit neuen Belastungen und schwierigen Entscheidungen verbunden ist. Gleichzeitig stellen sich durch die medizinischen Entwicklungen vermehrt auch Fragen bezüglich der Finanzierbarkeit und der gerechten Verteilung von Ressourcen. Neben den begrüssenswerten Errungenschaften der modernen, hochentwickelten Medizin soll in diesem Heft auch auf diese unerwünschten, aber realen Aspekte eingegangen werden.

Es ist zum Beispiel eine tragische Ironie, aber auch zwingende Konsequenz des medizinischen Fortschrittes, dass das Sterben allzu oft «komplizierter» geworden ist. Je mehr wir medizinisch können, desto schwieriger wird es, auf das Machbare im richtigen Moment zu verzichten. Diese Schwierigkeit stellt sich nicht nur den Ärzten, sondern auch den schwer erkrankten Menschen und ihren Angehörigen. Wir können nicht übersehen, dass ein Mehr an Medizin zu viel werden kann und dass in unserem Alltag zuverlässige Rezepte und Instrumente oft fehlen, um den Punkt zu erkennen, wo weniger zu mehr wird. Strategien, um diese Spannungen zwischen der Medizin, ihren enormen Möglichkeiten und dem Lebensende produktiv aufzulösen, fehlen uns weitgehend. Auch am Anfang des Lebens stellen sich die Fragen der

Zweckmässigkeit und des Gewinns, zum Beispiel im Zusammenhang mit sehr früh geborenen Kindern. Sicher kann die Medizin diese existenziellen Fragen nicht allein beantworten. Wir sind als Mediziner, aber auch als Gesellschaft gefordert, uns mit den Grenzen der modernen Medizin auseinanderzusetzen.

Wie stellen wir uns also den genannten Herausforderungen? Es ist eine der vornehmsten Aufgaben der Universität, Fragen im Bereich von komplexen Problemkreisen zu formulieren und mittels wissenschaftlicher Forschung einer Beantwortung zuzuführen. Denn was bisher weitgehend fehlt, ist ein akademisch-wissenschaftlicher Ansatz, der sich frei von spezifischen und ökonomischen Interessen diesen grossen und komplexen Fragestellungen widmet. Die Universitäten und die Forschung sind hier zentral gefordert. Dank ihrer akademischen Herangehensweise können sie zeigen, dass multifaktoriellen Herausforderungen mit langfristigen und interdisziplinären Ansätzen begegnet werden kann.

Klar ist, dass die Wissenschaft und damit auch die Universitäten eine wichtige Rolle in der Auseinandersetzung mit diesen schwierigen Fragen nach den Grenzen der modernen Medizin einnehmen müssen. Dazu sind interdisziplinäre Ansätze aus den verschiedensten Wissenschaftsgebieten, wie Sozial-, Geistes-, Medizin- und Verwaltungswissenschaften notwendig. Solche breiten Ansätze versprechen die Entwicklung von neuen Antworten auf die erwähnten Fragen, mit denen unsere Gesellschaft im Umfeld der modernen Medizin konfrontiert ist.

*Martin Täuber*

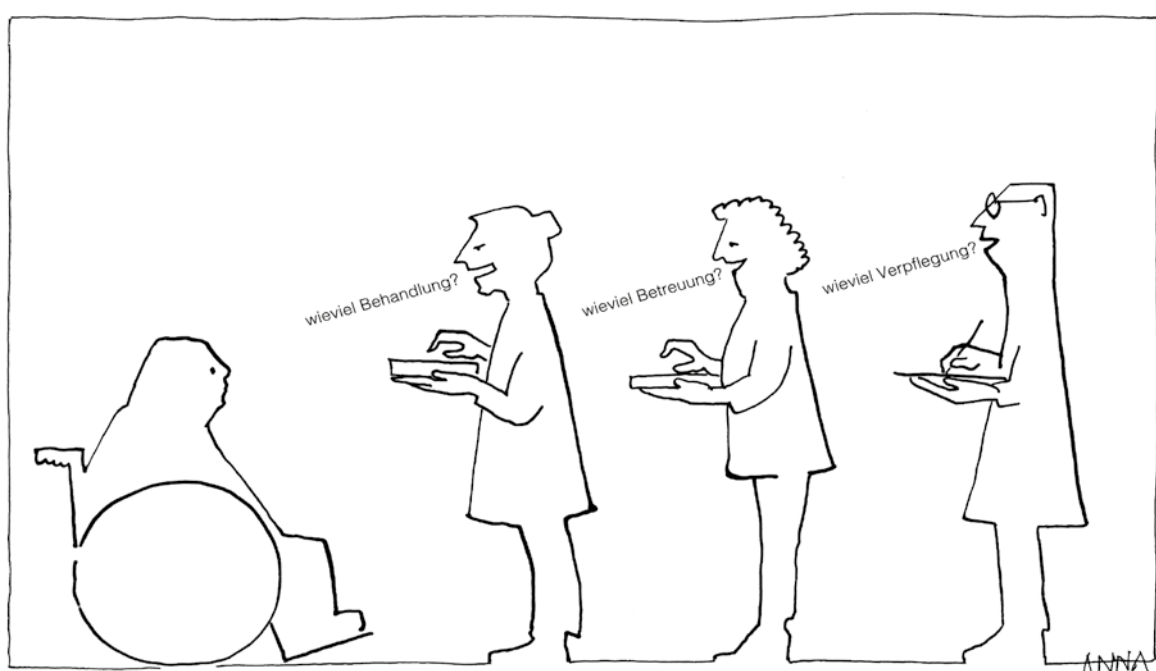
In der modernen Medizin ist vieles machbar. Aber ist auch alles wünschbar? Die Entwicklungen in der modernen Medizin stellen uns alle, Mediziner, Ökonominen, Juristen, Politikerinnen und auch die Patienten vor grosse Herausforderungen. Sie zwingen uns, gemeinsam festzulegen, welche Leistungen für alle zugänglich gemacht werden sollen und wo der Ausschluss von Leistungen zugunsten einer guten Grundversorgung für alle angezeigt ist.

Technisch sei fast alles möglich, sagte der Rektor der Universität Bern, **Prof. Martin Täuber** in seiner Einführungsrede. Das aber mache die Sache erst richtig schwierig: «Mit dem frappanten Fortschritt, den die Medizin in den letzten Jahren gemacht hat, wird vermehrt hinterfragt, ob die Massnahmen zumutbar, sinnvoll und vertretbar sind», so der Rektor. Das heutige molekulare Verständnis des menschlichen Körpers habe zu hochwirksamen Medikamenten geführt, Fortschritte in der Bildgebung hätten die Diagnose von Krankheitsbildern wesentlich verbessert und Erfolge in der Forschung machten Hoffnung auf immer effizientere und wirksamere Behandlungsmethoden. Gleichzeitig stiegen aber die Gesundheitskosten stetig an und immer öfter würden die Fragen nach den Grenzen und Schattenseiten dieser glänzenden Entwicklungen gestellt: Was soll gemacht werden? Wo müssen wir nüchtern überlegen und abwägen, ob

eine Behandlung wünschbar und sinnvoll ist? Welche Qualität des Gesundheitssystems ist adäquat?

## Einkommen und Gesundheitsausgaben steigen analog

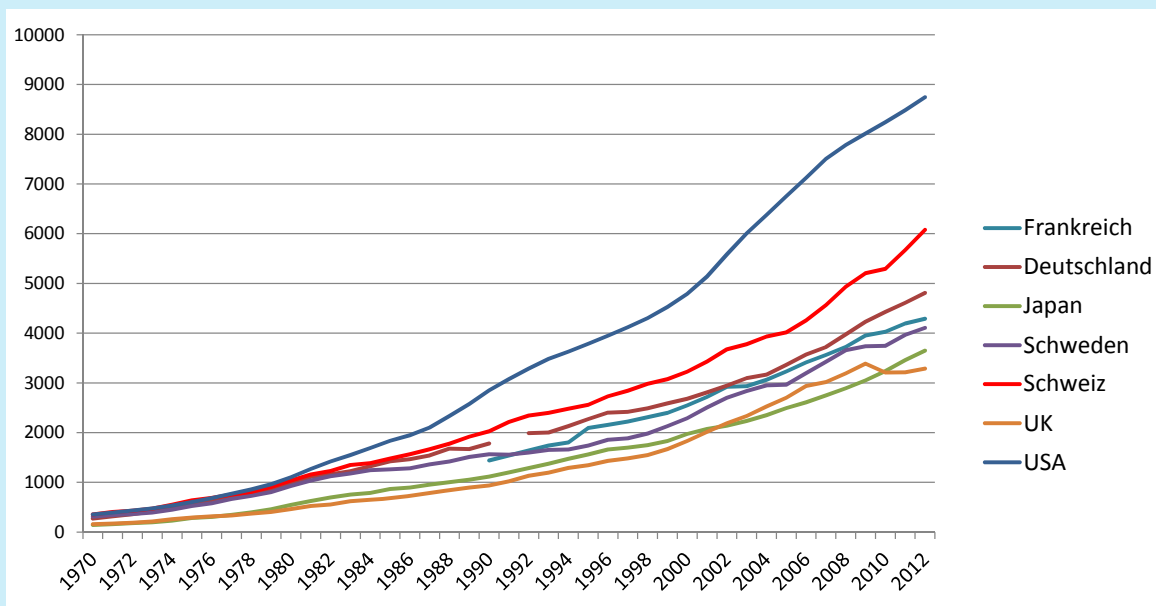
Den Einschätzungen von **Prof. Stefan Felder** vom Wirtschaftswissenschaftlichen Zentrum der Universität Basel zufolge ist die Qualität der medizinischen Versorgung in der Schweiz hervorragend. So haben Umfragen von 1986 bis 2011 ergeben, dass die Schweizer Bevölkerung ihre Gesundheit überwiegend als gut bis sehr gut einschätzt. Auch objektive Faktoren beweisen: Die Schweiz ist Weltmeisterin in der Lebenserwartung und weist nach Japan und den skandinavischen Ländern die tiefste Säuglingssterblichkeit auf. Doch diese Qualität hat auch ihren Preis: In den letzten Jahren sind die Ausgaben für Gesundheit explodiert, wobei Amerika mit mittlerweile



9000 US-Dollar pro Kopf und Jahr weit vorne liegt. «Wir geben immer mehr für Gesundheit aus. In allen entwickelten Ländern haben sich die Kosten in den letzten 40 Jahren verdoppelt», so Felder. Was steckt hinter diesem Wachstum? Der Ökonom sieht einen Hauptgrund im wachsenden Einkommen der Bevölkerung: «Je höher das Einkommen, desto grösser ist unsere Bereitschaft, für Gesundheit mehr auszugeben. Denn mit wachsendem Vermögen steigt auch die Bewertung von Gesundheit.» Es zeige sich zudem eine positive Korrelation zwischen der Lebenserwartung bei der Geburt und den Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP – jedoch mit abnehmendem Grenznutzen. Auf einem geringeren Niveau könne man mit zusätzlichen Kosten mehr erreichen als auf einem höheren.

lung mit Medikamenten sei wenig aussichtsreich, sie verlängere das Leben der Patienten nur unwesentlich und dies bei schlechter Lebensqualität. Dagegen überlebten bei einem operativen Eingriff 80 Prozent der Patienten die folgenden fünf Jahre. Während beim hochtechnischen Katheterverfahren das Implantat ohne Eröffnung des Brustkorbes via Leiste zum Herzen geschoben werden könne, sei der konventionelle Ersatz der Herzklappe mit einer grossen, weitaus belastenderen Operation verbunden. Allein die Kosten für das moderne Implantat lägen – ohne Behandlungskosten – mit ca. 30'000 Franken jedoch zehnmal höher als für das herkömmliche Implantat. Für sehr alte Patienten sei zu bedenken, so Carrel, «wenn wir eine optimale Behandlung bieten wollen, dann wählen wir die teuerste Methode. Aber

Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit OECD seit 1970



### Es geht nicht um unbeschränkte Lebenserwartung

«Unsere Ressourcen sind nicht unbeschränkt verfügbar, Leben und Gesundheit sind begrenzt», waren sich Felder und **Prof. Thierry Carrel** von der Herz- und Gefässchirurgie des Inselspitals Bern einig. In der Praxis sei man aber mit unterschiedlichen Auswirkungen dieser Verknappung konfrontiert: Während der Ökonom vor der schieren Höhe künftiger Gesundheitsausgaben warnte und auf die im Krankenversicherungsgesetz verankerten WZW-Kriterien (Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit) verwies, gab der Mediziner zu bedenken: «Die Ökonomisierung birgt die Gefahr, gute Medizin zu verhindern, da die Behandlung nicht nach dem besten Resultat, sondern nach dem optimalen Ertrag ausgerichtet wird.» Carrel machte das Dilemma zwischen ökonomischem Ertrag und der Wünschbarkeit von Behandlungen anhand des Ersatzes einer Herzklappe verständlich: Bei einer Herzklappenverengung gebe es heute grundsätzlich drei sehr unterschiedliche Interventionsmöglichkeiten. Eine palliative Behand-

lung aus wirtschaftlicher Sicht führt diese Operation zu einem bescheidenen Kosten-Nutzen-Verhältnis, weil viele Patienten in dieser Alterskategorie ohnehin in den nächsten fünf Jahren sterben würden». Immer mehr gäbe es Grauzonen, in welchen Entscheide getroffen werden müssten, die weit über die rein medizinische Indikation und Behandlung hinaus gingen.

### Mehr Machbares als Wünschbares

Mit dem Fortschritt ist auch die Sinnfrage in der Medizin immer mehr ins Zentrum gerückt: «Während früher mehr Wünschbares als Machbares war, ist heute mehr Machbares als Wünschbares», brachte es Carrel auf den Punkt. Bei einer medizinischen Indikation stünden sich ganz unterschiedliche Problemkreise gegenüber: auf der einen Seite das Ressourcenproblem und die Forderung nach Wirtschaftlichkeit, auf der anderen Seite die Rolle des Arztes als Aufklärer über die Behandlungsmöglichkeiten und die Präferenzen der Patienten. Die demografische Entwicklung, mit einer stetig steigenden Lebenserwartung, habe die Problematik zusätzlich verschärft. So stellten

sich immer häufiger Fragen nach dem Sinn, mit den fast unendlichen Möglichkeiten der Medizin immer älter zu werden. «Als Mediziner wollen wir nicht unbeschränkte Lebenserwartung schenken, sondern die Autonomie, die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit der Menschen möglichst lange erhalten», so Carrels Standpunkt. Die Menschen hätten nicht Angst vor dem Tod, sondern vor einem qualvollen Sterben: «Deswegen soll die Medizin ein Sterben in Würde und ohne starke Schmerzen ermöglichen.» Mit solchen und ähnlichen Dilemmata seien Ärzte regelmässig konfrontiert. Carrel gab deshalb zu bedenken: «Zu den Fragen des Könnens, Müssens, Sollens und Dürfens tritt heute eine weitere hinzu, die der Mediziner mit seinem Gewissen ausmachen muss: diejenige nach dem Machen wollen.»

### 100'000 Franken pro Lebensjahr

Wie viel also darf eine Behandlung kosten? «Das Bundesgericht hat bei einem Fall einmal entschieden, dass die Kosten für ein zusätzliches Lebensjahr bei ungefähr 100'000 Franken liegen dürfen – aber das ist natürlich ein heisses Eisen», so Carrel. Felder zögerte ebenfalls, ein Menschenleben in Zahlen zu fassen. Gleichzeitig verwies er aber auf die Pflicht des Ökonomen, unbequeme Wahrheiten zu verkünden: «Die zukünftigen Gesundheitsausgaben zwingen uns dazu, eine Grenze zu setzen. Wir müssen den Nutzen aus Gesundheit gegenüber dem Nutzen aus anderen Gütern abwägen.» Diese Überlegungen müssten möglichst öffentlich geschehen und der Umfang staatlich garantierter medizinischer Versorgung sei zu begrenzen: «Der Staat ist gefordert, zu rationieren und zu verantworten, wie viel er seinen Bürgern zuteilt», so Felder. Als Modell schlug er eine begrenzte Basisversicherung vor, die um eine (private) Zusatzversicherung ergänzt werden könne. «Das Medical Board als mögliche Qualitätssicherungsstelle von morgen erarbeitet momentan die Entscheidungsgrundlagen für den optimalen Einsatz von medizinischen Leistungen der Grundversicherung im Hinblick auf hohe Qualität bei effizientem Ressourceneinsatz.»

### Die Herausforderungen einer personalisierten Medizin

Nicht nur zwischen den Ökonomen und den Medizinerinnen gibt es Verständigungsprobleme und Interessenkonflikte, die das Gesundheitssystem vor grosse Herausforderungen stellen. Auch aus rechtlicher Sicht braucht es im Zuge der enormen Entwicklungen der modernen Medizin Regelungen. So wies **Dr. Julian Mausbach** vom Kompetenzzentrum Medizin-Ethik-Recht Helvetiae auf die personalisierte Medizin hin, welche die Gesundheitsversorgung gewaltig verändert habe und daher juristische Anpassungen erfordere. Die personalisierte Medizin, bei welcher aufgrund der Erhebung der individuellen Erbanlagen des Patienten spezifische Heilmittel eingesetzt werden können, eröffnet insbesondere im Bereich der Therapie gewaltige Chancen. Schon heute verabreiche man Medikamente aufgrund von genetischen Informationen, doch die Datensammlung werde in Zukunft exponentiell ansteigen. «Mit Hilfe von elektronischen Patientendossiers können dann, beispielsweise bei Tumorerkrankungen, Antikörper auf die Gensequenz des Patienten abgestimmt und dadurch die Therapie optimiert werden.» Dies stelle die Gesellschaft zugleich aber vor grosse Herausforderungen. Mausbach zeigte sich überzeugt: «Die personalisierte Medizin wird das Gesundheits- und Krankheitsverständnis nachhaltig verändern.» Aus juristischer Sicht müsse man vor allem bei der Behandlung und in der Forschung auf die enormen Fortschritte reagieren. Wie wirkt sich die genomisierte Medizin auf die Selbstbestimmung des Patienten aus? Wo sind Grenzen zu setzen? «Die Aufklärung und Einwilligung der Patienten scheint mir die grösste Baustelle des Rechts zu sein», so Mausbach. Deswegen sei es wichtig, einen rechtlichen Rahmen zu bieten, der dem gerecht werde. Gerade die Revision des Gesetzes über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) und der Entwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) sieht Mausbach hier als wichtige Elemente.

*Martina Dubach und Anina Lauber*

High-Tech-Medizin: Moderner Operationssaal





# Interview

## Thierry Carrel

PROF. DR. MED. THIERRY CARREL ist Direktor der Klinik für Herz- und Gefässchirurgie am Inselspital Bern und Vorsteher des Zentrums für Herzchirurgie der Universitäten Basel und Bern.



### **Haben Sie schon einmal einem Patienten gesagt: Tut mir leid, bei Ihnen lohnt sich die Operation nicht mehr?**

Vielleicht nicht ganz so direkt. Aber bei vielen Patienten habe ich das Gefühl, dass ich sie vor einem Eingriff mit sehr hohem Risiko schützen muss.

### **Gibt es häufig solche Gespräche?**

Nicht sehr häufig, aber zunehmend, bedingt durch die Alterung der Bevölkerung und den Fortschritt der Technologie. Es geht darum, dass unsere Patienten von Eingriffen möglichst profitieren: Verschwinden von Symptomen, Verbesserung der Lebensqualität, der Leistungsfähigkeit, der Selbstständigkeit. Wenn solche Kriterien erfüllt sind, ist es schwierig, einen Eingriff zu verweigern.

### **Und wenn nicht?**

Wenn ich Zweifel habe, ob die erste Hürde, das Überleben nach dem Eingriff, überwunden werden kann, muss ich das dem Patienten mitteilen.

### **Spielt die Lebenserwartung eine Rolle: Ein Eingriff wird durchgeführt, wenn das Leben um fünf Jahre verlängert wird, nein, wenn nur um zwei Jahre?**

In den Empfehlungen der Fachgesellschaften heisst es, dass ein Patient eine Lebenserwartung von mindestens einem Jahr haben sollte, damit gewisse Eingriffe gerechtfertigt sind.

**«Heute ist praktisch alles machbar, aber nicht jede Behandlung ist wünschbar und sinnvoll.»**

Thierry Carrel

### **Das ist wenig.**

Ja. Nehmen Sie einen 88-jährigen Patienten mit schwerer Verengung einer Herzklappe. Wir können eine konventionelle Behandlung empfehlen oder die dreimal teurere Behandlung mit Kathetertechnik für über 100'000 Franken. In einem solchen Fall ist es gerechtfertigt zu fragen, ob sich der Eingriff lohnt.

### **Macht man bei über 80-Jährigen noch eine Bypass-Operation?**

Eine Herzoperation kann auch bei einem 85-jährigen Patienten sinnvoll sein. Die Gesamtbeurteilung eines Patienten ist wichtig: geistiger und biologischer Zustand, Selbstständigkeit, Lebenswille, Lebensfreude.

### **Wenn der geistige Zustand eine Rolle spielt: Werden bei Altersdemenz Eingriffe eher nicht durchgeführt?**

Absolut. Es werden auch psychologische Assessments gemacht. Unsere Aufgabe ist es, den Sinn eines Eingriffs zu beurteilen. Es gibt aber 85-Jährige, die nach einem Eingriff in den verbleibenden Jahren noch eine sehr gute Lebensqualität haben. Ich sehe ab und zu auch jüngere Patienten, bei denen ein Eingriff keinen Sinn macht. Das Alter ist relativ.

### **Gibt es auch bei Transplantationen keine Altersgrenze?**

Es ist unüblich, dass man Patienten über 65 ein Herz verpflanzt. Das hat auch damit zu tun, dass Organe knapp sind.

### **Auch das Geld ist knapp. Sollten medizinische Leistungen im Alter rationiert werden?**

Beim Wort «rationieren» denke ich sofort an Gerechtigkeit. Wäre es zum Beispiel gerecht, einem 82-jährigen Bergbauern, der noch nie im Spital war, nur wegen seines Alters eine Behandlung zu verweigern? Da hätte ich ohne medizinische Begründung grösste Mühe.

### **Welches sind letztlich die entscheidenden Kriterien dafür, ob ein Eingriff stattfindet oder nicht?**

Eigentlich sollten es nur medizinische Kriterien sein. Es gibt ja vier Ethik-Prinzipien in der Medizin. Erstens die Sorgfalt: Man darf nur handeln, wenn das Risiko, Schaden und Komplikationen zu verursachen, extrem gering ist. Dann die Hilfeleistung: Der Patient sollte einen Vorteil haben, Linderung der Schmerzen, Verbesserung der Lebensqualität und der Leistungsfähigkeit, Erhöhung der Lebenserwartung. Und weiter die Gerechtigkeit: Alle sollen den gleichen Zugang zu den Ressourcen haben.

**Da geht es ums Thema Zweiklassenmedizin. Haben wir sie schon?**

Medizinisch gesehen nein: Jedem Bewohner dieses Landes stehen alle medizinischen Leistungen zur Verfügung. Aber es ist möglich, dass in gewissen Spitälern die Wartezeit für zusatzversicherte Patienten kürzer ist, ich setze mich aber selber dagegen ein.

**Steht uns die Zweiklassenmedizin bevor?**

Das wäre schlimm, ich kann das aber nicht ausschliessen. In England werden Hüftprotheseneingriffe ab 70 Jahren sehr restriktiv durchgeführt. Was macht der Besserbetuchte? Er lässt sich in Skandinavien, in Frankreich oder in einer Privatklinik behandeln und bezahlt die Operation selber.

**Vor allem um ethische Fragen geht es beim Lebensanfang. Von welcher Schwangerschaftswoche an soll bei Frühgeburten versucht werden, das Überleben zu sichern?**

Ich vertraue den Neonatologen, dass sie nur die Frühchen am Leben zu erhalten versuchen, die später eine annehmbare Lebensqualität haben. Da hat es Überraschungen gegeben: Kinder, die vor 20 Jahren als Frühchen ab der 26. Woche überlebt haben, sind später im Leben doch zu einem beträchtlichen Prozentsatz mit Schwierigkeiten konfrontiert worden. Wichtig ist, dass sich die Neonatologie an solchen Resultaten orientiert.

**Dürfen Eltern über Leben und Tod eines Kindes entscheiden?**

Sie müssen. Kommt ein Kind zum Beispiel mit einem schweren Herzfehler zur Welt, ist es falsch anzunehmen, die Medizin stürze sich mit Geräten auf dieses Kind. In solchen Fällen finden zum Teil sehr ausführliche Gespräche mit den Eltern statt. Ich habe früher immer wieder die Erfahrung gemacht, dass Eltern manchmal mit dem Leben eines schwerkranken Neugeborenen lieber abschliessen.

**Es könnte auch sein, dass Ärzte es sinnvoll finden, ein Frühchen durchzubringen, Eltern aber aus Angst vor einer Behinderung nicht wollen, dass Überlebensmassnahmen ergriffen werden. Was dann?**

Dann kommt das vierte Prinzip der Ethik dazu, Selbstbestimmung. Die Meinung der Eltern, sofern nachvollziehbar, hat Vorrang vor jener der Mediziner.

**Wie weit darf die moderne Reproduktionsmedizin gehen?**

Ich zweifle, ob die Medizin auch dazu da ist, den Sterbeprozess oder den Prozess des Entstehens von Leben wesentlich mitzugestalten. Da habe ich als ehemaliger Schüler eines Gymnasiums in Freiburg eher eine konservative Einstellung. Ich bin kein Naturwissenschaftler, der alles beherrschen muss.

**Was halten Sie davon, wenn Eizellen eingefroren werden?**

Es könnte sein, dass dies geschieht, weil eine junge Frau wegen einer Krebserkrankung bestrahlt wird und danach ein grosses Risiko besteht, dass ihre Eizellen definitiv geschädigt sind. Für eine solche Ausnahmesituation habe ich Verständnis.

**Aber nicht, weil eine Frau Karriere machen und deshalb erst später Kinder haben möchte?**

Das finde ich sehr berechnend. Ich habe Mühe, wenn es nur um die Optimierung eines Lebensentwurfs geht und eine Frau erst ab 40 ein Kind haben will, wenn es biologisch nicht mehr ganz unproblematisch ist. Die Gesellschaft sollte die modernen Möglichkeiten der Medizin nicht missbrauchen.

**Kann die Medizin heute zu viel?**

Tatsächlich gibt es einen Paradigmenwechsel. Früher war mehr wünschbar als machbar, heute ist viel mehr machbar als wünschbar. Was möglich ist, hätte ich mir vor 15, 20 Jahren nicht träumen lassen.

**Was die Gesellschaft auch interessiert, sind die Kosten der modernen Medizin. Die steigen wohl weiter an.**

Ja. Vor 20 Jahren wusste das Spital, der Kanton deckt das Defizit. Die Lebenserwartung war zehn Jahre geringer und die Alterspyramide war noch eine Pyramide. Heute gibt es das Ressourcenproblem und damit auch die ökonomische Diskussion um Machbarkeit und Sinnhaftigkeit. Die Gesellschaft muss entscheiden, wie viel Geld für die medizinische Versorgung ausgegeben werden soll. Im Unterschied zu allen anderen Lebensbereichen muss der Nutzer durch seine Prämien die Leistung nicht selber bezahlen oder nur teilweise. Patienten sind aber heute auch kritischer, was die Kosten betrifft.

**Das heisst, sie gehen auch auf finanzielle Aspekte ein.**

Ja, Einzelne machen sich Gedanken und sagen: Diese Behandlung ist teuer, lohnt sich das? Von mir aus hätte man schon viel früher die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen thematisieren sollen.

**Beschäftigen Sie sich heute mehr mit ethischen Fragen als zu Beginn Ihrer Karriere?**

Das ist so. Wir diskutieren solche Fragen jede Woche. Und wir können auch Ethiker beiziehen.

**Braucht es die, wenn Sie sich ohnehin solche Gedanken machen?**

Ja. Wir Ärzte sind auf irgendeine Art immer befangen. Ethiker werden nie entscheiden, können aber in schwierigen Fällen Gespräche moderieren.

**Wie häufig stehen Sie selber vor heiklen Entscheidungen?**

Mehrmals wöchentlich habe ich mit schwierigen Situationen zu tun. Wir haben beim Patienten X Ja zur Behandlung A gesagt, eigentlich kämen jetzt B und C, aber die Situation ist so, dass wir den Grundsatzentscheid noch einmal überprüfen müssen. Das geschieht in der Regel im Team, es entscheidet nie eine Person allein über das Schicksal eines Patienten.

*Interview: Rudolf Burger*

*Originalinterview in «Der Bund» vom 15. November 2014*

Die moderne Reproduktionsmedizin befindet sich auf der Überholspur. Und auch in der Neonatologie sind die Fortschritte immens. Doch ist heute schon zu viel möglich? Wann ist ein Leben lebenswert? Was sind die Folgen für die Eltern, das Kind, die Gesellschaft? Die moralisch-ethische Herausforderung, mit den Grenzen des Zulassbaren umzugehen, betrifft jeden Einzelnen, aber auch die Gesellschaft als Ganzes.

## Das steigende Alter der Mütter hat Konsequenzen

«Die Anzahl neugeborener Kinder liegt heute unter dem Wert, den wir brauchen für einen Generationenerhalt», stellte **Prof. Michael von Wolff** von der Universitätsklinik für Frauenheilkunde am Inselspital Bern gleich zu Beginn seines Referats fest. Dies liege vor allem daran, dass das Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt in den letzten 25 Jahren von 28 auf 32 Jahre angestiegen sei. Mit zunehmendem Alter jedoch sinkt die Fertilität der Frau und als Konsequenz davon nehmen die assistierten Reproduktionstechniken zu. In der Schweiz werden heute u.a. drei Massnahmen im Rahmen der Fortpflanzungsmedizin durchgeführt: Die Behandlung von Sterilität, wobei die Kosten nur zum Teil von der Krankenkasse übernommen werden (obwohl laut WHO Unfruchtbarkeit als Krankheit gilt), die Samenspende und die Diagnostik genetischer Veränderungen in Eizelle und

Spermien. Laut von Wolff gewinne überdies das Einfrieren von Keimzellen zunehmend an Bedeutung. Ursprünglich seien derartige Behandlungen nur bei medizinischen Indikationen durchgeführt worden. Heute sei aber das Social Freezing, das Einfrieren von Keimzellen bei nicht-medizinischen Indikationen, im Trend. Was hingegen in der Schweiz verboten sei und sich hier nicht durchsetzen werde, sei die Leihmutter-schaft. «Viele Frauen gehen jedoch ins Ausland und nutzen die dortigen Möglichkeiten», so von Wolff. Nicht nur die Leihmutter-schaft, auch die Embryo-selektion oder die Eizellspende ziehe Eltern mit Kinderwunsch ins Ausland. Der Gynäkologe begründete den reproduktionsmedizinischen Tourismus damit, dass die Behandlungen in der Schweiz teurer seien. Mit dem Fortschritt gehen aber Schattenseiten einher. Dazu von Wolff: «Mit der steigenden Anzahl an In-vitro-Fertilisations-Kindern, sie liegt heute bei 2,25 Prozent, nehmen auch die damit assoziierten



gesundheitspolitischen Probleme zu.» Als Beispiel nannten er und sein Kollege **PD Dr. Mathias Nelle**, ebenfalls von der Universitätsklinik für Kinderheilkunde am Inselspital, die Zunahme an Mehrlingsgeburten, die zu 20 Prozent aus In-vitro-Fertilisationen stammten und mit höheren gesundheitlichen Risiken und Kosten verbunden seien.

### Jedes zehnte Kind ein Frühchen

«Wir beobachten eine zunehmende Anzahl an Frühgeborenen», so Nelle. In der Schweiz, in Europa eines der Länder mit der höchsten Rate an Frühgeburten, komme heute jedes zehnte Kind vor dem geplanten Termin zur Welt. Als Ursachen nannte Nelle nicht nur das Alter der Mütter und die assistierte Reproduktion, sondern auch den zunehmenden Stress im Alltag sowie bakterielle Besiedlungen und Entzündungen. Erfreulich sei aber, dass die Säuglingssterblichkeit in den letzten 50 Jahren erheblich verringert werden konnte: «Die sinkende Mortalität der Säuglinge im ersten Lebensjahr ist eine wichtige Errungenschaft unseres Jahrhunderts und ist vor allem auf eine bessere Vorsorge, mehr Kontrollen, aber auch auf eine bessere Betreuung der Frühgeborenen zurück zu führen», so Nelle. Man habe nicht nur im technischen Bereich Fortschritte erzielen können, sondern auch auf sozialer Ebene: «Wir haben die Familien in den Alltag der Neonatologie integriert. Sie dürfen länger bei den Neugeborenen bleiben und werden nicht mehr durch Scheiben von ihnen getrennt. Wir schulen die Eltern und kommunizieren viel intensiver.»

Sarah damals



Mit diesen Errungenschaften sind aber auch die Grenzen der Medizin deutlicher geworden. Gerade wenn ein neues Leben viel zu früh geboren wird, stelle sich die Frage, wann ist klein zu klein? «Es ist ein schmaler Grat zwischen dem Wunsch, Leben zu schenken und dem Gebot, nicht zu schaden», so die Einschätzung von **Prof. Andrea Büchler** vom Rechtswissenschaftlichen Institut der Universität Zürich. Es herrsche ein grosses internationales Meinungsspektrum zu den Massnahmen bei einer Frühgeburt. «In der Schweiz liegt die Grenze der Versorgung von Neugeborenen bei etwa 25 Wochen», so Nelle, «je nach Umständen versorgen wir aber auch Kinder nach der 23. bis 24. Schwangerschaftswoche.» Dabei sei weniger das Gestationsalter des Fötus entscheidend, als viel mehr die Reife (Lunge, Herz, Hirn etc.), das Gewicht, ob Einling oder Zwilling sowie das Geschlecht.

Mädchen hätten einen Entwicklungsvorsprung von ungefähr einer Woche. Später steige die Überlebenschance der Kinder erheblich von 10–15 Prozent auf ca. 50–70 Prozent. Andererseits litten 15–20 Prozent der überlebenden Kinder an schweren geistigen und körperlichen Behinderungen. Dies führe zu einem ethischen Dilemma, erklärte Nelle: «Wir müssen entscheiden, ob wir das Frühgeborene versorgen sollen oder nicht.» Die Entscheidungsnot werde noch dadurch verstärkt, dass auch aus juristischer Sicht kein Konsens hinsichtlich der Frage bestehe, wer solche lebensbestimmenden Entscheidungen treffen könne, so die Einschätzungen von Büchler. In der Schweiz habe sich vor allem die Strategie des «shared decision makings», also eine Entscheidungsfindung im Zusammenwirken von Eltern, Kind und Behandelnden, durchgesetzt.

Sarah heute



### Wenn Leben mit Leid beginnt

Eine Betroffene, die sich schon vor der Geburt ihrer Tochter mit grundlegenden Fragen beschäftigen und Entscheidungen mit weitreichenden Folgen treffen musste, ist **Bettina Schaer**. Sie ist die Mutter der heute sechsjährigen Sarah, die in der 26. Schwangerschaftswoche geboren wurde und damals bei 27 cm Grösse gerade einmal 380 Gramm wog. Während der ersten sechs Monate ihres Lebens, die sie auf der Neonatologie verbrachte, hatte Sarah mit zahlreichen Komplikationen zu kämpfen: Hirnblutungen, Darmentzündungen und Retinopathie sind nur einige Beispiele. Schaer erinnerte sich an diese Leidenszeit: «Wir sind die ersten Monate mit Sarah durch viele lebensbedrohliche Situationen gegangen.» Als Familie wünsche man sich Sicherheit, auch darüber, wie es ausgehen werde. Anstatt Antworten zu erhalten,



werde man aber mit einer Reihe von Fragen konfrontiert: Wann ist klein zu klein? Zu klein wofür? Für ein gesundes Leben, für ein Leben mit einer Behinderung, für ein menschenwürdiges Leben? «In solchen Situationen müssen unbedingt kindliche und elterliche Interessen und Ressourcen berücksichtigt werden», gab Nelle zu bedenken. Hinzu kämen Faktoren wie die gesellschaftlichen Bedingungen, die medizinischen und ökonomischen Möglichkeiten. Schaers hatten bei der Entscheidungsfindung am meisten die Gespräche mit der Familie, mit Freunden, aber auch mit Fachpersonen vor Ort geholfen: «Wir hatten das grosse Glück, dass wir von den Ärzten, den Psychologen und den Pflegenden hervorragend unterstützt wurden.»

### Die Eltern als Teil des Kindeswohls

Am Ende des äusserst schwierigen Prozesses, den die Familie Schaer durchlebt hat, steht heute ein fast gesundes und lebensfrohes Mädchen von sechs Jahren. «Wir hatten grosses Glück und können rückblickend sagen, dass wir alle Entscheidungen richtig getroffen haben.» Besonders schwierig sei es gewesen, Wege zu gehen, ohne zu wissen, wohin sie führten. Die Referierenden waren sich einig, dass es ganz wichtig sei, dass die Eltern als gesetzliche Vertreter des Kindes in den Entscheidungsprozess miteinbezogen würden, und dass man auch ihre Ressourcen, ihre strukturellen, psychologischen und sozialen Bedingungen sowie ihre kulturellen und religiösen Überzeugungen berücksichtige. «Wir müssen jeden Menschen als Individuum sehen und unter Einbezug aller Beteiligten einen Entscheid treffen, welcher der Situation gerecht wird», ergänzte Nelle. Auch aus rechtlicher Sicht gewinnt die Frage nach der Rolle der Eltern im Entscheidungsprozess durch den medizinischen Fortschritt an Bedeutung. «Heute ist ihre Rolle noch weitgehend ungeklärt», so die Juristin Andrea Büchler. Grundsätzlich gelte, dass die Eltern an das Wohl der Kinder gebunden seien und damit die Pflicht hätten, sich um eine angemessene medizinische Versorgung zu kümmern. «Als Mitbetroffene sind die Eltern aber auch schutzbedürftig und sollen bei der Entscheidungsfindung nicht alleine gelassen werden», sagte Büchler. Schliesslich müsste das Elternwohl, die Ressourcen der Eltern, als Teil des Kindeswohls aufgefasst werden.

«Mit der Geburt beginnt auch das Recht auf Leben», erklärte Büchler die juristische Situation eines Neugeborenen, «aber die lebensbestimmenden Entscheidungen am Lebensanfang sind komplex geworden – und zwar nicht nur in ethischer und medizinischer Hinsicht, sondern auch in rechtlicher Hinsicht.» So sei es Aufgabe des Rechts, einen normativen Rahmen und eine Konfliktordnung zu schaffen. Auch Frühgeborene würden über eine Art Mitspracherecht verfügen: «Es gibt Beobachtungen von Ärzten, Pflegenden und Eltern, die bestätigen, dass Neugeborene Wünsche äussern und ihr Interesse am Weiterleben bekunden.» Dies bestätigte auch Bettina Schaer: Die Ärzte hätten ihr versichert, dass Sarah ihren Willen kundtun könne. «Das war enorm entlastend und nahm den Medizinerinnen und uns Druck weg. Trotzdem bleibt es eine Mutmassung, was die Signale des Kindes bedeuten. Hinzu kommt, dass man die Lebenseinstellung des eigenen Kindes nicht kennt und so aufgrund der eigenen Werte entscheiden muss.» Man habe sich nicht nur fragen müssen, ob man selbst über genügend Ressourcen verfüge, die Zeit in der Klinik, aber auch die danach zu überstehen. Plötzlich tauchten auch Fragen auf, wie: Welchen Grad an Behinderung empfinden wir für unser Kind als lebenswert? Wie viel Leiden soll unsere Tochter ertragen, um zu leben? Ein Anliegen für Schaer war es, «dass Sarah Lebensfreude empfinden kann und dass sie uns später nicht einmal die Frage stellen wird «warum habt Ihr mich nicht einfach sterben lassen?»». Die Referierenden waren sich schliesslich einig, dass alle – Eltern, Ärzte und Pflegende – die Verantwortung haben, die Individualität der Kinder und ihrer Umstände zu beachten.

### Wann ist ein Leben noch lebenswert?

«Mit der Geburt beginnt auch das Recht auf Leben», erklärte Büchler die juristische Situation eines Neugeborenen, «aber die lebensbestimmenden Entscheidungen am Lebensanfang sind komplex geworden – und zwar nicht nur in ethischer und medizinischer Hinsicht, sondern auch in rechtlicher Hinsicht.» So sei es Aufgabe des Rechts, einen normativen Rahmen und eine Konfliktordnung zu schaffen. Auch Frühgeborene würden über eine Art Mitspracherecht verfügen: «Es gibt Beobachtungen von Ärzten, Pflegenden und Eltern, die bestätigen, dass Neugeborene Wünsche äussern und ihr Interesse am Weiterleben bekunden.» Dies bestätigte auch Bettina Schaer: Die Ärzte hätten ihr versichert, dass Sarah ihren Willen kundtun könne. «Das war enorm entlastend und nahm den Medizinerinnen und uns Druck weg. Trotzdem bleibt es eine Mutmassung, was die Signale des Kindes bedeuten. Hinzu kommt, dass man die Lebenseinstellung des eigenen Kindes nicht kennt und so aufgrund der eigenen Werte entscheiden muss.» Man habe sich nicht nur fragen müssen, ob man selbst über genügend Ressourcen verfüge, die Zeit in der Klinik, aber auch die danach zu überstehen. Plötzlich tauchten auch Fragen auf, wie: Welchen Grad an Behinderung empfinden wir für unser Kind als lebenswert? Wie viel Leiden soll unsere Tochter ertragen, um zu leben? Ein Anliegen für Schaer war es, «dass Sarah Lebensfreude empfinden kann und dass sie uns später nicht einmal die Frage stellen wird «warum habt Ihr mich nicht einfach sterben lassen?»». Die Referierenden waren sich schliesslich einig, dass alle – Eltern, Ärzte und Pflegende – die Verantwortung haben, die Individualität der Kinder und ihrer Umstände zu beachten.

Anina Lauber und Doris Moser

Wann ist klein zu klein?



Im Fokus des zweiten Schwerpunktes standen ganz unterschiedliche Themen wie «Organtransplantationen», «genetische Analyse und Prävention» oder «Antibiotikaresistenzen». Eines aber war allen Fragestellungen gemeinsam: Bei den immer zahlreicheren Diagnose- und Therapiemöglichkeiten werden Entscheidungen immer schwieriger. Was braucht es, dass diese im Spannungsfeld zwischen Fachwissen und individueller Lebenssituation klug getroffen werden können?

Niere, Leber, Lunge oder Herz: Die Transplantation lebenswichtiger Organe gehört heute laut **Prof. Daniel Candinas** von der Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin am Inselspital Bern zu den Standardverfahren. Vor allem weil in den letzten 30 Jahren die technischen Möglichkeiten verbessert werden konnten und die Professionalität zugenommen hat, sind die Transplantationen sicherer und überschaubarer geworden. Doch nicht immer bedeute eine erfolgreich verlaufene Organtransplantation auch ein deutlich verlängertes Leben. Gemäss Candinas überleben, je nach Organsystem und Risikokonstellation, 10 bis 20 Prozent der Patientinnen und Patienten das Jahr nach einer Transplantation nicht. «Die ersten Monate sind kritisch, weil das Risiko für ein Versagen des transplantierten Organs, für das Auftreten von technischen Problemen sowie für Infektionen hoch ist», erklärte der Arzt. Die Langzeitprognose hänge vor allem davon ab, ob das der Operation zugrunde liegende Leiden wiederkehren werde.

### «Jedes gespendete Organ ist ein Geschenk!»

Die erste Nierentransplantation in der Schweiz fand 1963 statt. Es folgten Herz- und später Lebertransplantationen. Für Candinas ist auch heute noch jedes gespendete Organ ein Geschenk, denn Angebot und Bedarf stehen hierzulande in einem Missverhältnis von 1:3 bis 1:5. «Im europäischen Vergleich ist in der Schweiz die Rate gespendeter Organe überdurchschnittlich tief», so der Chirurg. Gründe sieht er unter anderem in der föderalistischen Organisation des schweizerischen Gesundheitssystems, die es erschwere, Spitäler und Ärzte in die Verantwortung zu nehmen, sowie in der starken Regulierung durch das schweizerische Transplantationsgesetz. Er forderte deshalb «ein komplett neu überdachtes Transplantationsgesetz, welches die Patienten als Individuen betrachtet und sich aktiv für eine Förderung der Organspende in der Schweiz einsetzt».

### Schwindende Wirkung eines Wunderheilmittels

Während Daniel Candinas vor dem Hintergrund der Organtransplantation von Wundern sprach, führte **PD Dr. Andreas Kronenberg** vom Institut für Infektionskrankheiten der Universität Bern in die (Post)-Ära eines Wundermittels ein: in diejenige des Antibiotikums. Das Elixier gegen Infektionskrankheiten

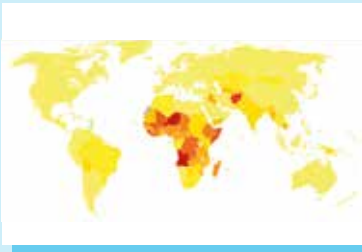
droht an Wirkung zu verlieren, denn Bakterien werden zunehmend resistent gegen immer mehr Antibiotika. Kronenberg veranschaulichte die Problematik mit konkreten Zahlen: «Alle fünf Minuten stirbt in Südostasien ein Kind an einer Infektion mit resistenten Erregern und auch in Europa verzeichnen wir pro Jahr 25'000 Todesfälle.» Die zunehmenden Resistenzen gefährden weltweit die Gesundheit vieler Menschen. Es gäbe aber durchaus auch erfreuliche Entwicklungen, so Kronenberg. So habe im ambulanten Bereich die Verbreitung des Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) zwar leicht zugenommen, im Spitalbereich sei die MRSA-Rate in den letzten zehn Jahren jedoch von 20 Prozent auf 15 Prozent zurückgegangen, hauptsächlich durch verschärfte Hygiene-Massnahmen.

### Antibiotikaresistenzen auf dem Vormarsch

Neben der direkten Resistenzverbreitung von Mensch zu Mensch machte Kronenberg auf den sorglosen Umgang mit Antibiotika aufmerksam, der eine grosse Rolle bei der Verbreitung von resistenten Bakterien spiele. Denn der Konsum von Antibiotika korreliere direkt mit der Entwicklung von Resistenzen: je mehr Konsum, desto höher die Resistenz. In der Schweiz sind in 36 Prozent der Wasserproben und 70 Prozent des Hühnerfleisches spezielle multiresistente Keime, sogenannte ESBL-(Extended Spectrum Beta-Laktamase) produzierende Bakterien nachgewiesen worden. Doch nicht nur die Schweiz habe mit dieser Problematik zu kämpfen: «Im internationalen Vergleich ist Indien mit einer Rate von 80 Prozent positiver ESBL-Fälle am stärksten betroffen», unterstrich Kronenberg. Dies auch deshalb, weil nebst dem hohen und oft inadäquaten Antibiotikakonsum die grosse Populationsdichte und das warme Klima die Verbreitung resistenter Keime zusätzlich begünstige. Globalisierung und Tourismus schliesslich beschleunigen die rasche Verbreitung zusätzlich, wie eine Schweizer Studie zeigte: Im Jahre 2013 waren von insgesamt 170 untersuchten Schweizer Touristen, die nach Indien gereist waren, 87 Prozent nach ihrer Rückkehr mit ESBL besiedelt.

### Das Ende der Antibiotika-Ära ist in Sicht

Weshalb stellt man dann nicht einfach neue Antibiotika her? «Die Entwicklung neuer Medikamente ist mit einem hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand



Durchfall



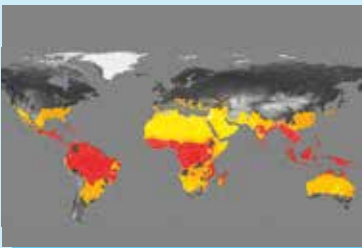
Enger Tier-Mensch-Kontakt



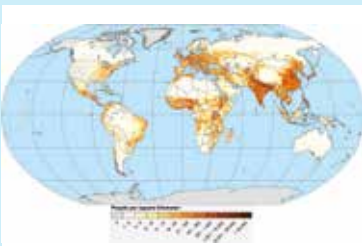
Abwasser



Hühnerdichte



Warmes Klima



Bevölkerungsdichte

verbunden», gab Kronenberg zu bedenken. Neue Antibiotika würden daher nur sehr restriktiv eingesetzt, was für die entwickelnde Pharmaindustrie nicht attraktiv sei. Entsprechend düster war deshalb auch sein Blick in die Zukunft: «Ich denke, das Ende der Antibiotika-Ära ist in Sicht. Wir können es lediglich hinauszögern.» Ansatzpunkte seien bessere Hygienemassnahmen, ein kontrollierter Antibiotikakonsum und die Verhinderung von Infektionen durch Impfungen. «Wichtig ist es auch, die Bevölkerung zu informieren und zu sensibilisieren – in der Schweiz, aber auch im Ausland», so Kronenbergs Forderung.

Hexenkessel zur Resistenzverbreitung



#### Der informierte Patient: Anspruch und Wirklichkeit

Nicht nur im Zusammenhang mit dem Einsatz von Antibiotika sind Sensibilisierung und Information von Patienten zentral. Denn die immer zahlreicheren Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie führten u.a. dazu, «dass für Patienten die Entscheidungsfrage immer schwieriger wird, weil es immer mehr Alternativen gibt», erklärte **Prof. Wolf Langewitz** von der Psychosomatik des Universitätsspitals Basel. Wie viel Information ist für kluge Entscheidungen nötig? Man sei sich einig, dass Ärzte viele Informationen vermittelten, die meisten Patienten möglichst viel oder gar alles wissen wollten. Aber: Die Menge an Informationen, die wir beim Nachdenken zum Zweck des Abwägens bewältigen könnten, sei begrenzt. Menschen könnten sich durchschnittlich sieben einzelne Informationen merken, lautete die nüchterne Bilanz von Langewitz. «Die Forderung nach vollständiger Information, so wie sie auch im Gesetzestext steht, ist sinnlos, weil diese Informationen überwiegend in den Orkus des Vergessens fallen – ungenutzt», führte Langewitz weiter aus. Dabei sei das Problem nicht einmal so sehr die begrenzte Kapazität, sondern die Tatsache, dass die Patienten unklug auswählten. «Sie behalten eben nicht die entscheidenden drei Informationen, die ihr Leben retten, sondern treffen eine zufällige Auswahl», so der Psychosomatiker. Die vom Gesetzgeber geforderte – und von den Patienten gewünschte – vollständige Patienteninformation führe deshalb nicht zwingend zu klugen Entscheidungen.

### Präzises Spüren und kluges Abwägen

Vielmehr komme es auf die Essenz des Gesagten an. Diese ist allerdings nicht gleichbedeutend mit einer bestimmten Menge an Einzelinformationen. Hier sei das Spüren, ein Bauchgefühl, von beiden Seiten gefordert: Patienten sollten dem Arzt signalisieren, wenn sie genug gehört haben und der Arzt sollte auf diese Signale achten sowie auf seinen Eindruck, genug Informationen vermittelt zu haben. Dies ist gemäss Langewitz so schwer, weil in der Medizin die Neigung bestünde, dem Wunsch des Patienten nach Information mit vielen Einzelheiten nachzukommen. Trotzdem, so sein versöhnlicher Schluss, gelte es zu differenzieren: «Viel kann viel helfen – je nach Wissensstand des Patienten und Komplexitätsgrad der Entscheidung». Zudem bewegten wir uns meist in einem Kontinuum, indem affektiv-intuitive Entscheidungen später rational unterfüttert würden. «Und so wird wahrscheinlich im richtigen Leben Entscheidung irgendwie immer in dieser Grauzone zwischen Rationalität und Intuition angesiedelt sein», so Langewitz' Fazit.

### Genetische Daten als Chance und Bürde

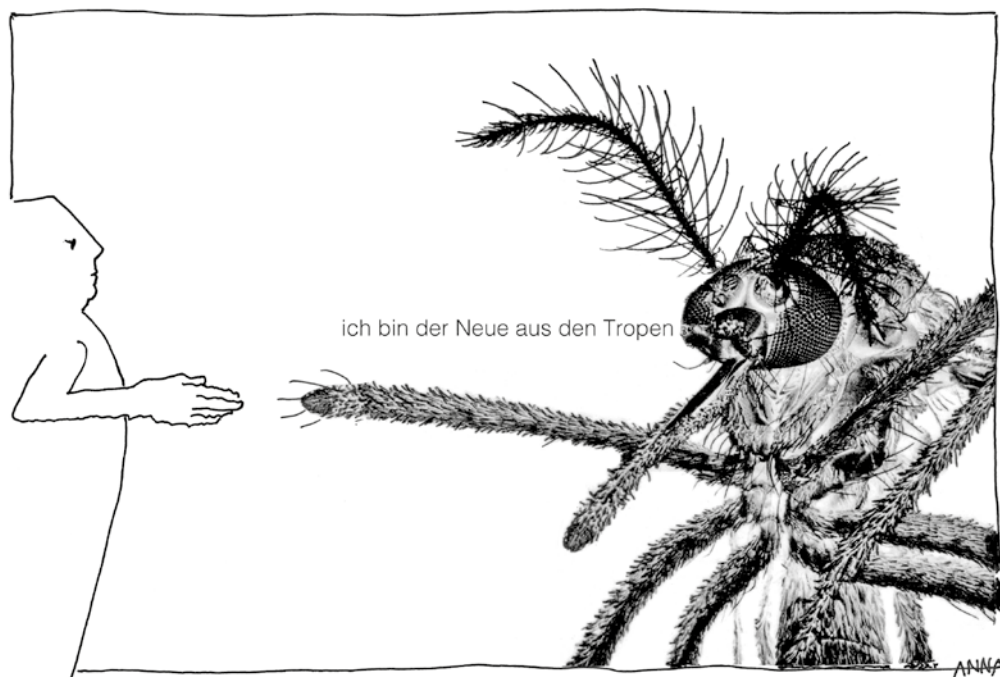
Auch bei genetischen Beratungen stelle sich die Frage, ob das Mehr an Möglichkeiten tatsächlich besser sei, sagte **Prof. Sabina Gallati** von der Abteilung Humangenetik des Inselspitals Bern. Die Ziele der Beratungen seien im Vergleich zu früher zwar dieselben geblieben, jedoch gebe es durch neue Technologien viel umfassendere Untersuchungsmöglichkeiten wie beispielsweise Genomanalysen mittels Hochdurchsatz-Sequenzierung. Zu den positiven Seiten dieser Grenzerweiterung zähle dabei, dass die neuen Mög-

lichkeiten eine signifikante Ausdehnung der Diagnostik und Prognostik bedeuteten. Doch die neuen Möglichkeiten lösen eine riesige Datenmenge aus, weshalb Qualitätssicherung, Datenkontrolle sowie Datenschutz zur Herausforderung werden. Hier gelte sicher, dass weniger mehr wäre, so Gallati. Zudem würden Aufklärung und Beratung zeitintensiver und komplexer: Je umfangreicher die Sequenzierung, desto mehr seltene und damit potentiell krankheitsverursachende Varianten finde man. Daraus ergäben sich die Fragen: Wie will man mit Zufallsbefunden umgehen? Wollen wir wirklich alles wissen?

### Risiken und Nebenwirkungen von Gentests

Neben der Frage der Quantität stellt sich bei den Gentests auch die Frage der Qualität. Nicht überall erzielt man mit den Tests das gewünschte Ergebnis. Als Beispiel nannte Gallati Gentests aus dem Internet, die für jedermann zugänglich seien. «Hier ist der Umgang mit Wahrscheinlichkeiten und Risiken schwierig», so ihre Einschätzung. Laien erhielten einen Mix aus klinisch relevanten und trivialen Informationen. Auch seien fehlender Datenschutz, falsche Sicherheit oder grosse Verunsicherung Risiken und Nebenwirkungen dieser Internet-Tests. «Meiner Ansicht nach ist es so, dass wenn wir diese neuen Technologien nicht mit Bedacht einsetzen und wenn wir bei der Interpretation der Daten nicht den nötigen Respekt vor der Komplexität des Lebens haben, dann wird es uns ergehen wie Goethes Zauberlehrling: «Die ich rief, die Geister, werd' ich nun nicht los».»

Anina Lauber und Sarah Beyeler





# Interview

## Wolf Langewitz

PROF. DR. MED. WOLF LANGEWITZ ist stellvertretender Chefarzt und leitet die Abteilung Psychosomatik am Universitätsspital Basel. An der medizinischen Fakultät in Basel ist er für die soziale und kommunikative Kompetenz in der Ausbildung zuständig.



*Patienten sollen mehr selbst bestimmen, fordert die Politik. Dazu müssen sie gut informiert sein. Für Medizinprofessor und Kommunikationsexperte Wolf Langewitz sind dazu nicht möglichst viele Informationen, sondern gute Gespräche mit dem Arzt nötig.*

### **Der Arzt stellt die Diagnose und ordnet dann eine Behandlung an. Ist das inzwischen alte Schule?**

Nur in Bezug auf das Wort anordnen. Etwas anzuordnen, ist das eine. Sich daran zu halten, ist das andere. Es war sicher schon immer so, dass Patienten nicht all das machten, was Ärzte von ihnen wollten. Aber früher hat man nicht darüber gesprochen. Heute wird diese Problematik offen diskutiert, und das hat dazu geführt, dass man sich mit dem Patienten gemeinsam auf die beste Behandlung einigt.

### **Hat sich damit die Macht hin zum Patienten verschoben?**

Macht kann man unterschiedlich definieren. Ein Patient geht zum Arzt, weil er glaubt, dass dieser in Bezug auf sein Problem klüger ist als er selber. Der Arzt hat also Macht im Sinne eines Wissensvorsprungs. Man kann Macht aber auch definieren als Kompetenz, zu handeln und Dinge in Bewegung zu setzen. In diesem Sinne ist der Patient eher mächtiger, denn es liegt in seiner Hand, die Tablette zu schlucken. Diese Machtverteilung zwischen Arzt und Patient gab es schon immer, aber die politische und gesellschaftliche Aufmerksamkeit hat sich verschoben. Die paternalistischen Zeiten sind vorbei.

**«Jeder Patient braucht andere Informationen, um eine Entscheidung zu treffen, die seiner Situation angemessen ist.»**

.....  
Wolf Langewitz

### **Haben Sie als Arzt diesen Wandel auch gespürt?**

Ja. Zu Beginn meiner Assistenzzeit hat ein Chefarzt einen Patienten kaum je gefragt, was er von seinem

Vorschlag hält. Und noch in den frühen 80er-Jahren war es üblich, dass man sterbenskranke Patienten nicht so deutlich darauf hinwies, dass ihre Krankheit tödlich verlaufen würde.

### **Das ist heute anders.**

Hier in Mitteleuropa definitiv. Offenheit auch bei schlechten Nachrichten wird von Patienten vehement eingefordert. Das sehen wir nicht nur in Fragebogenerhebungen, sondern erleben es auch in konkreten Einzelfällen. Patienten wollen wissen, worauf sie sich einlassen. Das ist aber ein Kulturphänomen. In südlichen Ländern äussert man sich diesbezüglich weniger offen.

### **Immer wieder wird die Forderung nach «informierten Patienten» laut. Was bedeutet das?**

Es gibt für diesen Ausdruck zwei Lesarten. Zunächst eine juristische: Der Patient muss genau informiert werden, welche Nebenwirkungen eine Operation hat, damit er später nicht Schadenersatzansprüche stellen kann. Er erhält also vor dem Eingriff ein mehrseitiges Informationsschreiben und bezeugt mit der Unterschrift, dass er es gelesen hat. Dafür braucht es keinen Arzt, keinen Dialog, nur einen Kugelschreiber für die Unterschrift. Das ist Einbahnstrassenkommunikation.

### **Die andere Lesart?**

Der informierte Patient ist in der Lage, einen kompetenten und klugen Entscheid zu fällen. Jeder Patient braucht andere Informationen, um eine Entscheidung zu treffen, die seiner Situation angemessen ist. Eine junge Mutter nimmt vielleicht das Risiko einer lebensgefährlichen Therapie auf sich, weil sie ihren Kindern zuliebe auch geringe fünf Prozent Heilungschancen nutzen möchte. Für eine ältere Frau mit der gleichen Diagnose stehen möglicherweise eher die Nebenwirkungen der Therapie im Vordergrund, und sie verzichtet zugunsten einer hohen Lebensqualität auf die fünf Prozent Heilungschancen.

### **Sie sagten in einem Referat, die Forderung nach vollständiger Information sei sinnlos.**

Das ist zunächst einmal ganz banal: Jeder Experte wählt aus, was er seinem Gegenüber sagt. Wenn ich zur Bank gehe, erzählt mir der Kundenberater nicht alles, was er weiss. Wichtig ist aber, dass der Arzt

seine Informationen mit den Interessen des Patienten abgleicht. Der informierte Patient ist nicht jemand, der alles gehört hat, was man weiss. Vielmehr ist er mit seinem Arzt in einen Verhandlungsprozess darüber eingetreten, was ihn wirklich interessiert und was er wissen muss, um einen klugen Entscheid zu fällen.

#### **Kann das dazu führen, dass der informierte Patient anders entscheidet, als der Arzt ihm rät?**

Absolut. Es sind schwierige Situationen, wenn ich einen Patienten nicht von einer Behandlung überzeugen kann, die aus meiner Sicht sinnvoll ist. Mir ist wichtig, dass der Patient zumindest verstanden hat, dass er im schlimmsten Fall den Tod riskiert. Aber ich kann nicht für ihn entscheiden, ob der Tod eine mögliche Alternative ist.

#### **Müssten Ärzte also auch ein Sterbemittel zur Verfügung stellen, wenn der Patient sich für den Tod entscheidet?**

Die Frage ist, ob Ärzte einen Handlungsauftrag hin zum Tod haben oder akzeptieren sollen. Dazu muss sich die Gesellschaft äussern. Bisher hat sie diese Frage mit Nein beantwortet und die Medizin beauftragt, gegen den Tod zu kämpfen. Den Schierlingsbecher zu reichen, gehört nicht zu unseren Aufgaben. Aber man muss auch beachten, dass wir niemanden im Stich lassen, der sich für einen Therapieabbruch entscheidet. Es ist klar, dass wir Menschen medizinisch bis in den Tod hinein begleiten und das Sterben zu erleichtern versuchen, auch wenn wir keine Suizidbeihilfe leisten.

#### **Wie einigen Sie sich mit Patienten auf eine Behandlung?**

Es geht im Wesentlichen darum, dass der Patient über Risiken und Nutzen einer Therapie Bescheid weiss. Dabei kann ich nicht generalisieren, sondern muss herausfinden, wie eine Behandlung in den Alltag des Patienten passt.

#### **Wann ist ein Patientengespräch geglückt?**

Wenn sich auf beiden Seiten der Eindruck einstellt, jetzt ist genug – im Sinne einer grundlegenden Zufriedenheit. Das ist oft ein übergreifender Eindruck, der nichts mit einer bestimmten Anzahl Informationen zu tun hat. Ein Gespräch ist auch dann gelungen, wenn der Patient am Schluss weiss, was ihn erwarten wird.

#### **Wie kann ich als Patientin zum Erfolg eines Gesprächs beitragen?**

Sie mögen sich überlegen, was Sie von der Konsultation erwarten, und dies gleich zu Beginn auf den Tisch legen. Warten Sie nicht darauf, dass der Arzt dank eines genialen Gedankenblitzes errät, was Sie beschäftigt. Äussern Sie auch Ihre Befürchtungen. So kann er Ihre Angst einordnen und weiss, wo er mit seinen Erklärungen ansetzen muss.

#### **Ist die Kommunikation ein Thema im Medizinstudium?**

Ja. In Basel haben wir vom ersten bis zum fünften Jahr Kommunikationsmodule und auch Prüfungen dazu. Schauspielerpatienten simulieren dann Problemsituationen, und Experten beobachten, wie die Studierenden damit klarkommen.

#### **Womit haben diese am meisten Mühe?**

Studierende stellen oft fest, dass sie im Umgang mit Patienten nicht so sicher sind wie sonst als Privatperson im Umgang mit anderen Menschen. Sie müssen eine professionelle Fassung entwickeln und festlegen oder spüren können, was von ihnen als Arzt erwartet wird.

#### **Wird das mit fortschreitendem Alter einfacher?**

Sicher präzisieren und verfeinern wir dieses Können mit der Zeit. Was mich als Vater aus der Fassung gebracht hat, vermag mich als Grossvater nicht mehr gleichermassen zu treffen. Dafür machen mich heute andere Dinge fassungslos.

#### **Welche denn?**

Dinge, die mich als älteren Mann berühren. Wenn Gleichaltrige zum Beispiel an neurologischen Erkrankungen leiden, trifft mich das.

#### **Ist es ein Vor- oder ein Nachteil, wenn ein Arzt berührt ist?**

Ein Arzt, der seine Fassung nicht auch einmal aufs Spiel setzt, wirkt kalt und unberührbar. Dann ist es schwierig, mit ihm in Kontakt zu treten, auch wenn er technisch hervorragend ist. Einfühlungsvermögen ist wichtig.

#### **Steht es der Professionalität nicht im Weg?**

Nein. Einfühlungsvermögen heisst, ich bin bereit, in einem Patienten nicht nur den Träger einer Krankheit zu sehen, sondern auch eine Person, die leidet. Es heisst aber nicht, dass ich dem Patienten so begegnen soll, wie ich einem Freund begegnen würde.

#### **Dokumentieren Ärzte die Gespräche mit den Patienten?**

Wir haben das einmal in einem Spital untersucht und festgestellt, dass Informationen aus Gesprächen kaum in die Krankenakten aufgenommen wurden. Dabei wäre dies eine naheliegende Anwendung des geforderten Modells der geteilten Entscheidungsfindung: Arzt und Patient einigen sich gemeinsam darauf, welche Elemente des Gesprächs in die Krankenakte gehören, auf die alle behandelnden Ärzte Zugriff haben.

*Interview: Brigitte Walser*

*Originalinterview in der Berner Zeitung BZ vom 9. Februar 2015*

## Leben nicht um jeden Preis



- Während in der Medizin früher mehr wünschbar als machbar war, überwiegt heute das Machbare. Das Dilemma ist unausweichlich: Das Ressourcenproblem und die Forderung nach der Wirtschaftlichkeit stehen dem Angebot an Behandlungsmöglichkeiten und den Präferenzen der PatientInnen gegenüber. So gewinnt die Sinnfrage heute mehr denn je an Bedeutung.
- Die Medizin muss vermehrt als eine soziale Disziplin verstanden werden. Die wichtigsten Grundsätze sind: Gutes tun, nicht schaden, Respekt vor der Autonomie des Patienten und Gerechtigkeit in der Verteilung.
- Jeder Fall ist einzigartig. Bei der Behandlung müssen alle Beteiligten – ÄrztInnen, Pflegepersonal, PatientInnen und familiäres Umfeld – in die Verantwortung genommen werden.
- Die WHO definiert Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als Fehlen von Krankheit. Dies ist ein unerreichbares Ideal, das unzählige Untersuchungen nach sich ziehen kann, wenn ein Wert nicht im Normbereich liegt. Im schlimmsten Fall führt es zur Krankheitserfindung.
- In zwanzig Jahren ist ein Viertel der Weltbevölkerung älter als 85 Jahre. Eine spezifische Medizin für alte Menschen wird daher unabdingbar. Es braucht eine Notfallgeriatrie, die dem Umstand gerecht wird, dass ältere Menschen meist wegen Problemen in die Notaufnahme kommen, die im Zusammenhang stehen mit bereits bestehenden akuten oder chronischen Krankheiten.

## Entscheidungsfaktor Ethik



- Die zentralen Fragen der Zukunft werden zunehmend ethische Fragen sein: Lebensqualität und Würde des Menschen rücken immer mehr in den Fokus.
- Häufig gibt es nach abstrakten medizinischen Kriterien kein «richtig» oder «falsch». Sowohl der persönliche Lebens- und Wertekontext wie historisch und politisch geprägte medizinethische Kulturen sind für das breite Spektrum von Herangehensweisen und Behandlungsvariabilität verantwortlich.
- Lebensbestimmende Entscheidungen sind in ethischer und rechtlicher Hinsicht komplex, vielschichtig und weitreichend. Sie gehören nicht nur in die Verantwortung der Ärzteschaft. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften empfiehlt eine Strategie der gemeinsamen Entscheidungsfindung, des von allen Beteiligten getragenen Konsenses.
- Umfassende Patienteninformationen sollen PatientInnen in die Lage versetzen, Diagnosen und Therapiemöglichkeiten zu verstehen und einzuordnen. Doch die politische Vorgabe der vollständigen Patienteninformation führt nicht zwingend zu klugen Entscheidungen. Sie verkennet, wie wenige Informationen ein Mensch aufs Mal verarbeiten kann und wie wichtig das eigene Gespür ist.
- Das naturwissenschaftliche Verständnis vom Tod als Feind ist in der High-Tech-Medizin vorherrschend. Ein Gegengewicht bietet der Ansatz der Spiritual Care mit dem Erlernen der Selbstwahrnehmung, ein Sterbender zu sein.

## Unaufhaltsam steigende Kosten



- Die Qualität der medizinischen Versorgung in der Schweiz ist hervorragend. In den letzten Jahren sind jedoch die Ausgaben für die Gesundheit kontinuierlich gewachsen. Neben der Alterung der Bevölkerung, dem technischen Fortschritt in der Medizin und der angebotsinduzierten Nachfrage ist das stetig steigende Einkommen der Bevölkerung ein entscheidender Treiber für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben.
- Die wachsenden Gesundheitsausgaben zwingen uns dazu, die WZW-Kriterien konsequent umzusetzen: Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.
- Unser Gesundheitswesen muss solidarisch getragen werden. Der Umfang staatlich garantierter medizinischer Versorgung ist zu begrenzen. Eine begrenzte Basisversicherung ergänzt um eine (private) Zusatzversicherung könnte ein zukunftsfähiges Modell sein.
- Die High-Tech-Medizin verschlingt überproportional viele Ressourcen und stellt damit das Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit in Frage. Viele Interventionen sind weder sicher, nützlich noch kosteneffizient.
- Das Gesundheitssystem setzt durch unterschiedliche Finanzierungsschlüssel für die verschiedenen Versorgungsbereiche oft falsche Anreize.
- Die interprofessionelle Teamarbeit senkt die Behandlungskosten bei höherer Lebensqualität der Betroffenen.

## Qualität in Forschung und Ausbildung



- Unnötige Forschung ist zu vermeiden. Wir brauchen quantitativ weniger, dafür qualitativ bessere Studien.
- Es muss die Forschung gefördert werden, welche sich am besten in den klinischen Alltag übertragen lässt.
- Nur mit einer glaubwürdigen und transparenten Wissenschaftskultur können wir die neuen Herausforderungen in der medizinischen Forschung und in der Spitzenmedizin der Zukunft meistern. Es muss auf vollständige Transparenz geachtet werden. Alle klinischen Studien sollten frei zugänglich werden.
- Spirituelle Bedürfnisse erweitern das moderne Behandlungskonzept. Dies erfordert neue Lehrstühle und Studiengänge.

## Regulierungen und Verantwortung



- Das Gesundheitssystem umfasst die Medizin UND die Gesellschaft. Es regelt die medizinische Versorgung der Bevölkerung politisch, sozial und finanziell. Weder Bund noch Kantone sind geeignet, anstehende Probleme zeitlich und fachlich kompetent zu lösen. Die Gesellschaft als Ganzes ist gefordert.
- Es gibt immer mehr Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie. Dies bringt riesige Daten- und Informationsmengen mit sich und macht die Entscheidungsfindung für PatientInnen immer schwieriger. Fragen nach der Qualitätssicherung, Datenkontrolle und -sicherheit wie auch nach dem Umgang mit Zufallsbefunden stellen sich vermehrt.
- Im Gesetz werden wichtige Behandlungsgrundsätze festgeschrieben. Sie sind dem technischen Fortschritt der modernen Medizin laufend anzupassen. Dazu gehört u.a. auch das Recht auf Selbstbestimmung. Dieses umfasst nicht nur das Recht auf Mitwirkung, sondern auch das Recht auf Nicht-Mitwirkung und Nicht-Wissen.
- Weniger Heterogenität im Umgang mit Gesundheitsdaten bedeutet ein Mehr für die moderne Medizin. Das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier kann ein Schritt in die richtige Richtung sein.
- Das Humanforschungsgesetz muss die Würde, Persönlichkeit und Gesundheit des Menschen in der Forschung schützen, denn diese haben Vorrang gegenüber den Interessen der Wissenschaft und der Gesellschaft.
- Regulierungen bringen zusätzliche Bürokratie, erhöhen zwar die Sicherheit, gewichten aber die Gleichheit manchmal höher als den medizinischen Nutzen.

# Interview

## Isabelle Noth

PROF. DR. THEOL. ISABELLE NOTH ist Co-Direktorin des Instituts für Praktische Theologie und Leiterin der Abteilung Seelsorge, Religionspsychologie und Religionspädagogik an der Universität Bern.



*Die moderne Medizin zeichnet sich durch einen technisierten Umgang mit dem Tod aus, der einer ganzheitlichen Betrachtung der menschlichen Existenz, zu der die Endlichkeit gehört, nicht gerecht zu werden vermag. Von dieser Feststellung geleitet hat die Theologin Isabelle Noth massgeblichen Anteil daran, dass an der Universität Bern ein interdisziplinärer Studiengang in Spiritual Care ins Leben gerufen wurde. Was Spiritual Care will, worin sich der Berner Zugang von anderen unterscheidet und warum Spiritualität auch eine kritische Würdigung verdient, erläutert sie im Interview.*

**Frau Noth, Sie plädieren dafür, dass wir davon wegkommen, den Tod – wie es uns das Christentum gelehrt hat – als unseren Feind anzuschauen. Weshalb?**

In der christlichen Tradition lässt sich sicher ein schwieriges Verhältnis zum Tod nachweisen. Dazu haben Vorstellungen wie jene, dass der Tod der Sünde Sold sei, er also auf das eigene Verschulden des Menschen zurückzuführen sei, beigetragen. Insofern ist unser gesellschaftlicher Umgang mit dem Tod im Zusammenhang mit unserem christlichen Vermächtnis zu sehen.

**«Spiritualität wird heute auch von der WHO als wertvolle Ressource für Gesundheit und Lebensqualität anerkannt.»**

Isabelle Noth

**Und woran zeigt sich das?**

Zum Beispiel in der Tendenz, den Tod zu verdrängen und ihn zu bekämpfen. Oder im Versuch, sich seiner zu bemächtigen – wie zum Beispiel durch die sogenannten Sterbehilfeorganisationen. Es gibt aber in der christlichen Tradition bereits andere Sichtweisen auf den Tod und die Endlichkeit des Menschen. Denken wir etwa an die Rede vom «Bruder Tod» im Sonnengesang von Franz von Assisi. Der Tod, so sagt uns dieser Strang der christlichen Tradition, ist nicht nur auszuhalten, mit dem Tod lässt sich leben.

**Kann denn die Theologie auch auf biblische Zeugnisse zurückgreifen, die ein anderes Bild vom Tod zeichnen?**

Ja, besonders die Hebräische Bibel, das Alte Testament, ist geprägt von der Vorstellung, dass der Tod konstitutiv zum Menschsein gehört und nicht etwa als Strafe für menschliches Fehlverhalten nachträglich dazu gekommen ist. Das ganzheitliche Menschenbild der Hebräischen Bibel zeigt sich auch darin, dass es keine Trennung von Körper und Geist gibt. Der Mensch hat keine Seele, er ist Seele. Dieses Menschenbild wurde jedoch im frühen Christentum von der griechisch-hellenistischen Anthropologie mitsamt ihrem Leib-Seele-Dualismus verdrängt.

**Inwiefern kann die Beschäftigung mit dem Tod befreiend sein?**

So paradox es klingen mag: Gerade weil der Tod uns an die Begrenztheit unseres Lebens und damit an seine Kostbarkeit erinnert. Zeit erhält eine neue Qualität. Sich mit dem Tod und seiner Bedeutung für unsere Beziehungen, Pläne und Lebensführung zu befassen, kann helfen, sich stärker auf das zu konzentrieren, was uns wesentlich ist, und entspannter zu geniessen, was uns erfreut. Das Wissen um das bevorstehende Ende kann enorme Kräfte mobilisieren und mutig, leidensfähig und klar machen. Es braucht nicht erst eine Diagnose, die uns aus allen Gewissheiten herausreißt und uns mit der Ungewissheit konfrontiert, wie viel Lebenszeit uns noch gegeben ist, um vieles, was gesellschaftlich wichtig gilt, zu relativieren. Die Beschäftigung mit dem Tod kann einem helfen, sich zu orientieren und aus beengenden Sach- und Denkwängen zu befreien. Solche Befreiung führt zu mehr Wahrhaftigkeit.

**Und hier setzt Spiritual Care an?**

Am Ursprung von Spiritual Care steht tatsächlich auch die Feststellung, dass uns in der Medizin das ganzheitliche Bild des Menschen abhanden gekommen und die spirituelle Dimension bei der Bewältigung von Krankheit und Tod aus dem Blick geraten ist. Spiritualität wird heute auch von der WHO als wertvolle Ressource für Gesundheit und Lebensqualität anerkannt. Eine Vielzahl empirischer Studien weisen einen solchen Zusammenhang nach – eine Erkenntnis übrigens, über welche die Theologie schon lange verfügte.

**Bedeutet dies, dass Spiritual Care den therapeutischen Nutzen von Spiritualität betont?**

Spiritualität ist zwar auch ein Coping- und Resilienzfaktor, sie steht aber gleichzeitig in einem Kontrast zur heutigen Medizin, die auf Effizienz und Wirksamkeit ausgerichtet ist. Spiritualität steht quer zum heutigen Gesundheitswesen und gerät deshalb in Gefahr, von diesem domestiziert zu werden, statt dieses zu (ver-)stören. Spiritual Care erwuchs zunächst aus einem kritischen Blick gegenüber der modernen Medizin mit ihrem biologisch-naturwissenschaftlichen Menschenbild. Was wir heute beobachten ist jedoch weniger eine Spiritualisierung von Medizin als vielmehr eine zunehmende Medikalisierung und Ver-zweckung von Spiritualität. Dies zeigt sich nicht zuletzt an der verwendeten Terminologie: es ist die Rede von spiritueller Anamnese, spiritual screening, spiritual skills etc.

**Werden wir uns also bald an eine neue medizinische Berufsgattung gewöhnen müssen?**

Mit unserem Studiengang in Spiritual Care zielen wir genau auf das Gegenteil: Es geht darum, die Sensibilität für den Bedarf und für die Chancen einer seriösen spirituellen Begleitung professionsübergreifend zu fördern. Es besteht ein grosser Nachholbedarf darin, wissenschaftliche Erkenntnisse der Spiritualitätsforschung methodisch reflektiert in die Praxis zu überführen. Wir bieten eine Weiterbildung an und wollen dabei bewusst sowohl den kritischen Impetus von Spiritualität als auch die Kritik an bestimmten Spiritualitätsformen reflektieren.

**Worauf zielt denn der kritische Blick auf Spiritualität?**

Spiritualität ist ein Containerbegriff, der im Gegensatz zum Begriff der Religion und auch in Absetzung von ihr äusserst positiv konnotiert ist. Ich sehe es aber als unsere Aufgabe an, davor zu warnen, Spiritualität einseitig zu verklären. Sie kann auch pathologische Züge annehmen, den Blick auf die Realität verstellen, eine apolitische Haltung fördern oder als blosses Mittel zu einem anderen Zweck, etwa der Leistungssteigerung, sinnentleert werden. Spiritual Care muss dieser Ambivalenz von Spiritualität Rechnung tragen.

**Sie haben den Berner Studiengang als christliche Theologin initiiert und mit aufgebaut. Ist es nicht problematisch, wenn somit ein christlich theologisch geprägtes Verständnis von Spiritualität in unserem säkularen Staat in den Institutionen des Gesundheitswesens, gewissermassen am Krankenbett, wirksam werden soll?**

Bis heute sind in den Institutionen des Gesundheitswesens christliche Theologinnen und Theologen, sprich: Seelsorgende, Hauptverantwortliche für die religiös-spirituelle Begleitung von Patienten und ihren Angehörigen wie auch von Mitarbeitenden. Seelsorgerinnen und Seelsorger haben aber nicht das eigene Spiritualitätsverständnis – welches auch immer das wäre – zu vermitteln, sondern sich auf jenes derjenigen einzulassen, die ihre Begleitung suchen. Alles andere wäre keine seriöse Seelsorge, sondern übergriffig. Den Studiengang habe ich als Wissenschaftlerin mit den Schwerpunkten Seelsorge und Religionspsychologie initiiert. Als solche befasste ich mich mit der theoretischen Reflexion der Praxis. Da dies bei der Thematik Spiritualität sinnvollerweise interdisziplinär geschieht, ist unser Studiengang – notabene als einziger in der Schweiz – trifakultär getragen. Beteiligt sind die medizinische, die philosophisch-humanwissenschaftliche und die theologische Fakultät. Ziel ist, sich mit Spiritual Care dezidiert akademisch und wissenschaftlich fundiert zu befassen. Und was die Seelsorge anbelangt, so haben wir schon ab dem allerersten Modul einen islamischen Theologen, der als Seelsorger tätig ist, mit im Team!

linär geschieht, ist unser Studiengang – notabene als einziger in der Schweiz – trifakultär getragen. Beteiligt sind die medizinische, die philosophisch-humanwissenschaftliche und die theologische Fakultät. Ziel ist, sich mit Spiritual Care dezidiert akademisch und wissenschaftlich fundiert zu befassen. Und was die Seelsorge anbelangt, so haben wir schon ab dem allerersten Modul einen islamischen Theologen, der als Seelsorger tätig ist, mit im Team!

*Siehe: [www.spiritualcare.unibe.ch](http://www.spiritualcare.unibe.ch)*

*Interview: Barbara Bleisch und Jean-Daniel Strub*



Auch wenn wir heute älter werden, die Gesundheit wird irgendwann nachlassen, selbst wenn wir gut Sorge zu uns tragen. Wir müssen wieder lernen, dass der Tod zum Leben gehört. Wie aber kann der nahende Tod vorbereitet und akzeptiert werden? Am Lebensende kann die interdisziplinäre, bio-psycho-sozial-spirituelle Versorgung eine stark verbesserte Lebensqualität bewirken. Denn in diese «Unit of Care» werden alle eingebunden, von den Patienten über die Angehörigen zu den Ärzten, Pflegenden und spirituell Begleitenden.

«Alte Menschen sind nicht einfach alte Erwachsene, wir haben hier ein Verständnisproblem in der Medizin, aber auch in der Gesellschaft.» Zum Auftakt plädierte **Prof. Aristomenis Exadaktylos** vom Universitären Notfallzentrum des Inselspitals Bern für eine spezifischere Medizin für alte Menschen. Die verbesserten Lebensbedingungen – wir sind gesünder und leben immer länger – machten sich auch in der Notaufnahme bemerkbar, wo der Anteil der über 65-Jährigen zunehme. Dabei liessen sich drei Patientengruppen unterscheiden: Die «Überlebenden» blieben bis ca. 70 mehr oder weniger gesund; die «Verzögerer» hätten erst ungefähr ab 80 mit ernsthaften Krankheiten zu kämpfen und die «Entkommenen», die ohne signifikante Krankheit 100-jährig würden. Doch ein längeres Leben täusche nicht über die körperlichen bzw. gesundheitlichen Grenzen hinweg: «Alter ist die eine Sache, die Gesundheit aber lässt nach, unabhängig davon, wie gut wir zu uns Sorge tragen», so Exadaktylos.

Auch gelte es, kognitive Defizite sorgfältig abzuklären, da sie häufig eine Folge von anderen Problemen seien. «Jemand im Alter von 80, 90 Jahren hat durchaus die Chance, mit einer guten Lebensqualität noch älter zu werden, wenn wir dafür sorgen», so der Notfallmediziner.

## Frührehabilitative Komplexbehandlung fördert die Selbstständigkeit

Wie dafür gesorgt wird, zeigte **Prof. Andreas Stuck** von der Geriatrischen Universitätsklinik am Inselspital anhand der drei Grundpfeiler des geriatrischen Angebots des Universitätsspitals. Der erste Grundpfeiler, die geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung, richte sich an Patienten, die mehr als eine Woche im Akutspital bleiben müssen. «Wenn jemand gezwungen ist, längere Zeit im Spital zu bleiben, ist die Selbstständigkeit gefährdet», warnte der Mediziner. Es bestehe die Gefahr, dass der Patient dauerhaft pflegebedürftig werde. Die Komplexbehandlung solle genau dies vermeiden helfen, indem sie auch Begleiterkrankungen erkenne und behandle. Es gehe nebst der medizinischen Versorgung um die Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit.

## Stationäre geriatrische Rehabilitation

Die stationäre geriatrische Rehabilitation, der zweite Grundpfeiler, betreffe «Patienten, die zwar noch eine funktionelle Einschränkung haben, aber nicht mehr das Akutspital, sondern eine spitalbasierte Rehabilitation benötigen», so Stuck. Die Rehabilitation solle möglichst in den Alltag integriert werden. Analog zur Komplexbehandlung ziele auch die Rehabilitation darauf ab, die Selbstständigkeit zu erhöhen und eine sichere Rückkehr nach Hause zu ermöglichen. Pflegeheimweisungen und erneute Spitaleintritte könnten so, zumindest teilweise, verhindert werden. Die Anzahl Rehabilitationsplätze für den gesamten Kanton Bern sei aktuell jedoch noch unzureichend, kritisierte Stuck. Es gebe immer noch unnötige, vorschnelle Verlegungen in Pflegeheime.

## Memory Clinic:

### Demenz im Alter ist nicht die Regel

Die Memory Clinic als dritter Grundpfeiler dient der diagnostischen Abklärung, Behandlung und Beratung im Zusammenhang mit der Demenz. Eine Demenzerkrankung sei ab achtzig Jahren relativ häufig. Aber: Zwei Drittel der über Neunzigjährigen leiden

## Ursachen für traumatisch bedingte Verletzungen im Alter

- Stürze
- Fahrzeugunfälle
- Fussgänger-/Fahrzeugunfälle
- Verbrennungen
- Missbrauch und Vernachlässigung

## Ganzheitlicher Behandlungsansatz

Die nachlassende Gesundheit fordere ein verbessertes Krankheits- und Unfallmanagement bei alten und sehr alten Menschen. Wichtig sei eine ganzheitliche Beschäftigung mit dem Patienten, betonte Exadaktylos. Die Versorgung müsse sichergestellt, das Schmerzmanagement optimiert und die Risiken – beispielsweise von (wiederholten) Stürzen – begrenzt werden. Bereits mit einfachen Präventionsmassnahmen wie einem Verdauungsschlaf oder Gleichgewichtstraining lasse sich das Sturzrisiko mindern.

nicht an Demenz. «Es ist eben NICHT normal, wenn man im Alter verwirrt ist, es lohnt sich, das abzuklären. Auch wenn jemand eine Demenz hat, dann kann man durchaus etwas machen in der Memory Clinic», so Stuck. Eine multidimensionale Abklärung und Beratung – neuropsychologisch, psychopathologisch und betreffend Sozialkompetenz – bewirke einen günstigeren Verlauf.

### Altersmedizin am Universitätsspital: Wenig bekannte Pionierarbeit

Auf dem Gebiet der Altersmedizin werde geforscht und ausgebildet, sogar die Finanzierung sei vorhanden. Doch seien die vorgestellten Angebote der Altersmedizin viel zu wenig bekannt: «Ich finde störend, dass wir eine Altersmedizin haben, die finanziert wäre, die aber nicht bekannt ist und nicht genutzt wird», beanstandete Stuck. Dies sei eine Herausforderung für die Leistungserbringer selber, aber auch für die Gesellschaft und die Politik. Er schloss mit der Forderung, dass wir «an einer neuen Medizin arbeiten müssen für eine Zukunft, die schon heute begonnen hat».

### Stafettenlauf oder ...

Manchmal aber stossen Notfallmedizin und geriatrische Behandlungen an ihre Grenzen und es gilt, den nahenden Tod des Patienten zu akzeptieren. Mit zwei Beispielen führte **Prof. Peter Jüni** vom Institut für Hausarztmedizin der Universität Bern in mögliche Behandlungskonzepte schwerstkranker Menschen ein. Auf der einen Seite beschrieb er die herkömmliche Behandlung, den «Stafettenlauf» der Ärzte, bei welchem die Spezialisten «machen, was zu machen ist, ohne zu reflektieren», so Jüni. Es werde ein Problem nach dem anderen gelöst, vergleichbar einer Stabübergabe, um die multifaktorielle Erkrankung

eines Patienten in den Griff zu bekommen. Identität und Lebensumstände spielten dabei eine untergeordnete Rolle.

### ... SENS

Als Gegenbeispiel stellte er die umfassende Standortbestimmung SENS vor, bei welcher Patienten, Angehörige und Ärzte gemeinsam die Situation analysieren und die Behandlung festlegen. Die wichtigsten Parameter sind die **S**-ymptome (medizinische und persönliche), die **E**-ntscheidungsfindung, bei welcher die Patienten für mündig genommen werden und mitentscheiden, das **N**-etzwerk und der **S**-upport bei der Pflege der Betroffenen. In der «Unit of Care» werden Patienten und Angehörige eingebunden, um die Aktivitäten des täglichen Lebens zu meistern, Kompetenzen und Netzwerk zu stärken bis und mit der Betreuung rund um den Tod. Diese Art der spezialisierten Palliativpflege – eine bio-psychosoziale, intensive und interprofessionelle Versorgung – verlange eine aufwendige Koordination. Doch «wenn wir nicht im Team arbeiten, geht die Betreuung schief», mahnte der Mediziner. Das balancierte Spiel zwischen zu Hause und Spital entspreche Patienten am besten, sei aber nur möglich, wenn «wir uns die Zeit nehmen, uns darauf einlassen, was für uns sehr unbequem sein kann», so Peter Jüni.

### The multimillion dollar conversation

Studien zeigen, dass die klassische «Stafettenlauf-Behandlung» sehr kostenintensiv ist und dass hohe Kosten am Lebensende mit einem qualitativ schlechteren Sterben korrelieren. Werde jedoch in der letzten Lebensphase frühzeitig und offen darüber gesprochen, dass es keine Heilung gebe, dann könne die Lebensqualität oft verbessert und sogar ein Lebensvorteil erzielt werden. Diese Standortbestimmung,

Basler Totentanz





«the multimillion dollar conversation», führe zu wesentlich geringeren Behandlungskosten. «Die Ersparnis steht jedoch nicht im Vordergrund, sondern dass Wille und Erwartungen der Patienten gewahrt werden», erklärt der Mediziner. Hauptaufgabe der Palliative Care sei es, in Gesprächen den nahenden Tod zu antizipieren und die Bedürfnisse der Sterbenden, ihre Ängste und Wünsche, zu verstehen und ernst zu nehmen. Jüni schloss mit dem Bild des Basler Totentanzes und den Worten: «Es ist schwierig uns zu vergegenwärtigen, dass Tod und Erkranken für jeden von uns allgegenwärtig sind und unsere Existenz immer fragil bleibt. Aber in der palliativen Situation sind wir genau dazu aufgefordert.»

#### «Herr, lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen»

Dieses Anfreunden mit dem Gedanken an den Tod kann Spiritual Care unterstützen. «Es gehört zu den grundlegenden, schon in der Hebräischen Bibel vorhandenen Einsichten, dass wir Menschen zwar alle wissen, dass wir sterben werden, dass wir es zugleich dennoch erst lernen müssen», begann **Prof. Isabelle Noth** vom Institut für Praktische Theologie der Universität Bern ihr Referat. Wie aber können wir lernen, was der Tod für unser Leben bedeutet? Hier spiele die Theologie eine massgebliche Rolle, denn sie befasse sich mit Sinn- und Bedeutungswelten. Die Trennung von wahr und unwahr, von Fakt und Fiktion, wie wir sie aus den Naturwissenschaften kennen, sei aus der Sicht der Theologie nicht die entscheidende Alternative. Es gehe ihr auch um die Wahrheit des Unwahren, die Faktizität des Fiktiven bzw. um ein anderes, drittes Verständnis, eine komplexere Denkweise.

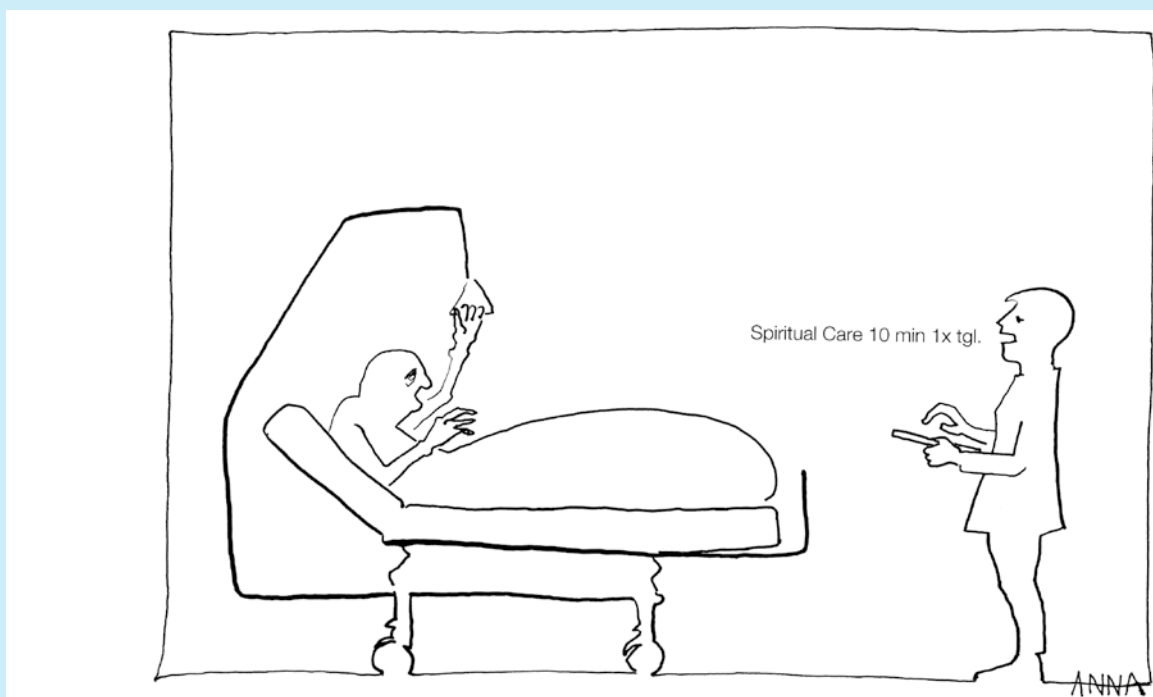
#### Ein neues, befreiendes Todesverständnis

Christliche Theologie habe sich auf den Weg gemacht, ihr bisher tradiertes negatives, stark von Paulus beeinflusstes Bild vom Tod zu revidieren und andere, bislang wenig beachtete biblische Zugänge und Ansätze aufzugreifen. Der Tod werde nicht mehr als Strafe für die Sünde oder als Feind gewertet, sondern als konstitutiv zum Menschen gehörend. Im Bewusstsein der Begrenzung des Lebens trete nun die Suche nach einem erfüllten, gesättigten und gerechten Leben in den Vordergrund.

#### Spiritual Care im Dienste des Patienten

Genau damit befasst sich Spiritual Care. Sogar die WHO hat in Ihrem Gesamtkonzept von Palliative Care die spirituellen Bedürfnisse mitaufgenommen. Der moderne interdisziplinäre Ansatz lautet neu: bio-psycho-sozial-spirituell. Dazu sind neue Lehrstühle und Weiterbildungsstudiengänge eingerichtet worden. So auch in Bern, wo sich in einem einzigartigen, trifakultären Studiengang für Spiritual Care Theologinnen, Mediziner und Humanwissenschaftler mit den Fragen der Spiritualität befassen. Spiritual Care, mit ihrer inhärenten Kritik an einem technokratischen Gesundheitswesen, in welchem ein Verständnis vom Tod als Feind nachwirke, könne auch als Ausdruck der Unzufriedenheit mit einem biologistischen Menschenbild verstanden werden. Eine lebensfreundliche Spiritualität zu entwickeln, «klug zu werden und ein weises Herz zu gewinnen», hiesse die Selbstwahrnehmung einzuüben, im Leben ein Sterbender zu sein, der nicht zuletzt durch die Beschäftigung mit dem Tod um seine unantastbare Würde weiss.

*Sarah Beyeler und Martina Dubach*



Die Schlussveranstaltung mündete im «Wir». Die Referenten und Diskutanten waren sich einig, dass ein nachhaltiges Gesundheitssystem nur Zukunft hat, wenn wir alle uns gemeinsam, solidarisch und verantwortungsvoll engagieren. Jeder einzelne Bürger, die Akteure im Gesundheitswesen und in der Politik, alle müssen sie sich fragen, welches Gesundheitssystem sie wollen und welchen Preis sie bereit sind dafür zu zahlen.

**Prof. Daniel Scheidegger**, ehemaliger Leiter der Arbeitsgruppe «Nachhaltige Medizin» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) brachte die Frage der Veranstaltung auf den Punkt: «Es gibt nicht DAS Rezept, das Gesundheitswesen muss solidarisch getragen werden.» Dennoch gebe es Faktoren, denen auf dem Weg in eine nachhaltige Zukunft besondere Beachtung zukomme. (Diese sind zusammengetragen und kommentiert im Positionspapier «Nachhaltige Medizin» der SAMW.)

## Falsche Vorstellungen prägen das Bild

Der Mediziner nannte fünf folgenschwere Einschätzungen:

1. Der Nutzen medizinischer Interventionen werde oft überschätzt. Bei Therapien müsse sorgfältig abgeklärt werden, ob diese sinnvoll seien, dabei sei auch der Abbruch einer Therapie ins Auge zu fassen. «Wir müssen endlich aufhören zu glauben, wir könnten den Tod besiegen, alle Krankheiten heilen und das Altern verhindern», forderte Scheidegger.
2. Die moderne Medizin dürfe insbesondere keine unrealistischen Erwartungen wecken. Entgegen dem Leitspruch von Toyota «nichts ist unmöglich» müssten Ärzte transparent über die Behandlungsmöglichkeiten und -grenzen informieren und als Begleiter zusammen mit den Patienten einvernehmliche Entscheidungen anstreben. Dabei gehe es nicht um die Frage «wie lange» sondern «wie gut». Denn die Lebensqualität sei entscheidend.
3. Die Ressourcen an Gesundheitsfachleuten seien nicht gesichert. Die erhöhte Nachfrage nach Versorgungsleistungen durch Rekrutierung aus dem Ausland zu decken, sei weder nachhaltig noch ethisch: «Wir betreiben Raubbau», gab der Mediziner zu bedenken. Es müsse die Frage gestellt werden, ob es an Personal mangle oder ob zu viel Medizin angeboten werde und «die richtige Person das Richtige macht».
4. Zudem seien die finanziellen Ressourcen der Medizin nicht unbegrenzt. Obwohl die medizinische Versorgung lediglich 10 Prozent zur Gesundheit der Bevölkerung beitrage, werde das Gesundheitssystem zu über 50 Prozent vom Steuerzahler subventioniert.
5. Falsche Anreize im Gesundheitswesen müssten minimiert werden. So könne mit dem neuen Fallpauschalen-System, beispielsweise in der Neonatologie, ein Gramm Körpergewicht mehr oder weniger, tausende von Franken ausmachen! Behandlungen

sollten nicht einfach wegen ökonomischer Anreize durchgeführt werden. Denn das heisse: immer mehr und immer teurer.

Rezeptbox



## Wir alle müssen handeln

«Wir müssen jetzt schnell Lösungen finden» mahnte Daniel Scheidegger. «Wenn wir am Gesundheitswesen etwas ändern wollen, braucht es ganz verschiedene grundlegende Veränderungen. Es gibt nicht die EINE Rezeptkarte.» Das gehe aber nicht, ohne dass es da oder dort weh tue. Der Referent schloss mit den Worten: «Die Zukunft hängt davon ab, was WIR heute tun.» Es werde weder an der Forschung noch an der Politik allein sein, etwas zu tun, sondern an uns allen, solidarisch als Bevölkerung.

### «Mehr Wert, weniger Vergeudung»

Auch «die medizinische Wissenschaft muss sich ändern – wir brauchen weniger Quantität und mehr Qualität». So lautete die kritische Analyse der heutigen Situation in der klinischen Forschung von **Prof. Peter Meier-Abt**, Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, SAMW. Trotz einem enormen Zuwachs an klinischen Studien fehle das Wissen, welche Forschung anwendbar und somit alltagsrelevant sei. Zusätzlich bestehe – nicht nur in der Schweiz – das Problem, dass «über fünfzig Prozent der wissenschaftlichen Arbeiten in der biomedizinischen Forschung nicht reproduziert werden können», so Meier-Abt. Dies verhindere verallgemeinerbare Erkenntnisse und bedeute verlorenes Wissen oder gar unnötige Forschung.

### Entschleunigung und bessere Nachwuchsförderung

Mehr Qualität heisse deshalb, dass «wir uns sorgfältiger überlegen müssen, was wir erforschen wollen», verlangte Meier-Abt, um reproduzierbare und dauerhafte Erkenntnisse zu generieren. Dies bedeute zeitaufwändige Analysen und falle deshalb oft dem enormen Konkurrenzdruck im globalisierten Wettbewerb zum Opfer. Da sei eine Entschleunigung nötig, um mehr Zeit – Zeit zum Nachdenken, Überprüfen und Evaluieren – zu gewinnen. Weiter müsse die Nachwuchsförderung nachhaltig und gendergerecht gestaltet werden. «Es ist schade, dass nur noch eine Minderheit der ausgebildeten Ärzte bereit ist, sich den Mühen einer Forschungskarriere zu stellen», so Meier-Abt. Trotz Fortschritten in der Förderung, z.B. mehr Teilzeitstellen, bestehe hier noch Handlungsbedarf.

### Mehr Transparenz

Mehr Qualität fordert auch mehr Transparenz: Alle Studien, auch solche mit unliebsamen Ergebnissen, müssten unabhängig von finanziellen Interessen publiziert werden, verlangte Meier-Abt. Der Blick in die Zukunft zeigt, dass insbesondere im Bereich der personalisierten Medizin neue Herausforderungen auf uns zukommen. Wir alle seien mit der Frage konfrontiert, wie viele unserer Daten wir der Forschung zur Verfügung stellen möchten, damit ein positiver Nutzen resultiere. Hier müssten wir mitreden und auch nein sagen können, forderte Meier-Abt, damit unsere Daten nicht automatisch missbraucht würden. «Nur mit einer glaubwürdigen, transparenten und auf Evidenz basierten Wissenschaftskultur können wir die neuen Herausforderungen in der medizinischen Forschung meistern!»

### Die Politik sind WIR

Wenn es darum gehe, das Gesundheitssystem anzupassen, «erwartet man von der Politik Lösungen», stellte Nationalrat **Dr. Ignazio Cassis** zu Beginn seines Vortrags fest. Doch wer ist die Politik? Etymologisch betrachtet betreffe die Politik alles, was die polis, also «die Stadt» im alten Griechenland tangiert habe. «In der direkten Demokratie aber sind WIR die Politik!», unterstrich Cassis. «Wir alle zusammen prägen die Zukunft.» So liege es in unserer Verantwortung, wie viel Geld wir in Zukunft für die Gesundheitsversorgung ausgeben wollten. Momentan sei unser Gesundheitssystem mit Ausgaben von rund 11 Prozent des BIP der einzige Wirtschaftsbereich, der stetig wachse und sich Wirtschaftskrisen gegenüber resistent zeige.



### Wir alle tragen Verantwortung

«Gesundheit ist nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation ein utopisches Ideal geworden: Der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen, ist unerreichbar.» Wenn gesellschaftliche Probleme wie Stress und Überforderung medizinisch gelöst werden sollen und der Trend zu neuartigen – erfundenen – Diagnosen sich fortsetze, würden die Kosten tatsächlich explodieren. «Statistisch gesehen waren wir noch nie so gesund wie heute und doch: Noch nie zählten wir so viele chronisch Kranke», führte Cassis weiter aus. Hier gelte es, im Gesundheitswesen weniger auszugeben – nicht zu reduzieren, nur weniger zu wachsen. Seine jahrelangen Bemühungen in dieser Richtung hätten bis jetzt jedoch kaum gefruchtet. Natürlich unterstütze auch er die grundlegende Idee unseres Gesundheitssystems, dass alle von den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten profitieren sollten. Für unser auf Solidarität beruhendes Versicherungssystem müssten wir aber alle die Verantwortung tragen und unsere Einstellung zur Gesundheit überdenken: «Wenn wir das Gefühl haben, dass alle gesellschaftlichen Probleme zu Krankheiten führen und die richtige Lösung die Medizin ist, sind wir auf dem falschen Weg.»



### Ohne Verantwortung keine Freiheit

Problemen in der Gesundheitspolitik könne entweder durch stärkere staatliche Regulierung oder durch verantwortliches Handeln von jedem Einzelnen von uns begegnet werden. Wenn wir unsere Freiheit bewahren wollten, seien wir gezwungen, Verantwortung zu übernehmen, denn Freiheit und Verantwortung gingen Hand in Hand, appellierte Cassis an das Publikum und schloss sein Referat mit der Ermahnung: «Die beste Regelung ist diejenige, die man nicht braucht.»

*Martina Dubach, Sarah Beyeler und Doris Moser*

# Interview

## Daniel Scheidegger

PROF. DR. MED. DANIEL SCHEIDEGGER war Leiter der Arbeitsgruppe zur Ausarbeitung des Positionspapiers «Nachhaltige Medizin» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften.



*Soll das Schweizer Gesundheitswesen in seiner jetzigen Qualität erhalten bleiben, besteht dringender Handlungsbedarf. Von dieser Überzeugung geleitet wirkte Daniel Scheidegger als Präsident der Arbeitsgruppe «Nachhaltige Medizin», welche die SAMW als Teil des Projekts «Nachhaltiges Gesundheitssystem» 2011 eingesetzt hatte. Seine Analyse ist einfach: Wir verbrauchen heute im Gesundheitswesen mehr Ressourcen, als wir haben – deshalb sei dieses nicht nachhaltig aufgestellt. Im Interview äussert sich Daniel Scheidegger dazu, was dies konkret bedeutet, welche Lösungswege zu beschreiten sind, und was das Individuum dazu beitragen kann.*

**Herr Scheidegger, obschon Sie nach einer langen medizinischen Karriere an vorderster Front nun im Ruhestand sind, engagieren Sie sich in Arbeitsgruppen, mit Vorträgen und auf Podien für ein nachhaltiges Gesundheitssystem in der Schweiz. Was treibt Sie an?**

Das ganz einfache Bewusstsein dafür, dass wir in der Schweiz heute ein gutes Gesundheitswesen haben, das nicht selbstverständlich ist. Ich will, dass wir dieses solidarisch getragene Gesundheitssystem erhalten können. Doch dies erfordert umgehend grundlegende Veränderungen.

**«Wir verbrauchen heute im Gesundheitswesen mehr Ressourcen als wir haben.»**

.....  
Daniel Scheidegger

**Woran krankt denn das Schweizer Gesundheitswesen?**

Ein wesentlicher Aspekt ist sicherlich, dass wir heute ein Überangebot kennen. Dabei sind die Anreize so gesetzt, dass sie sowohl die Nachfrage als auch das Angebot dahin lenken, dass zu viel angeboten und zu viel gemacht wird. Wenn wir uns etwa vor Augen führen, dass im Kanton Jura gut 20 Prozent der Kinder per Kaiserschnitt zur Welt kommen, während es im Kanton Zug mehr als doppelt so viele sind, so zeigt sich daran, dass nicht alles, was in unserem Gesundheitswesen gemacht wird, auch wirklich nötig

ist. Denn mögliche medizinisch relevante Faktoren – etwa das Alter der Gebärenden – können einen solchen Unterschied nicht erklären.

**Wollen denn die Patientinnen und Patienten zu viel?**

So allgemein lässt sich das natürlich nicht sagen. Wie ich es selber in der Intensivmedizin beobachten konnte, kommt es vielmehr immer öfter vor, dass Patientinnen und Patienten oder ihre Angehörigen explizit den Verzicht auf bestimmte Massnahmen fordern. Aber es ist sicher so, dass gerade der Umstand, dass wir über Jahre Prämien entrichten – und diese noch dazu stetig steigen –, zur verhängnisvollen Annahme verleiten kann, wir hätten nun bestimmte Leistungen auch zu Gute, da wir sie sozusagen bereits bezahlt hätten. So ist die solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens aber nicht gemeint.

**Reagieren die Versicherten, die ja heute auch verstärkt als Konsumentinnen und Konsumenten von Gesundheitsleistungen angesprochen werden, damit nicht einfach auf das immer breiter verfügbare Angebot?**

Dies lässt sich tatsächlich nicht von der Hand weisen und deckt sich mit meinen Erfahrungen. Der Ertrag, den man als Ärztin oder als Arzt erzielen kann, hängt ja direkt von der Menge erbrachter Leistungen ab. Dies setzt einen Anreiz, dass man im Zweifelsfall mehr anbietet, als nötig wäre. Diese Tendenz wird überdies verstärkt durch den vermehrten Wunsch, sich abzusichern – beides zusammen wirkt sich eindeutig in Richtung eines Überangebots aus.

**Bedeutet das, dass wir uns als Patientinnen und Patienten eher gegen Übertherapie absichern sollten, als dass wir uns davor fürchten müssten, künftig nicht mehr alles zu bekommen, was wir bräuchten?**

Eindeutig. Ich bin ein grosser Verfechter von Patientenverfügungen, weil ich in der Intensivmedizin, wo es eine Entwicklung zu immer längeren Aufenthalten gibt, gesehen habe, wie viele Menschen Therapien erhalten, von denen die Angehörigen am Ende sagen, die Patienten hätten sie sicher nicht mehr gewollt. Zugleich bin ich davon überzeugt, dass das Vermeiden von Übertherapie unabdingbar ist, um

gewährleisten zu können, dass auch längerfristig in unserem Gesundheitswesen alle das bekommen, was für sie wirklich notwendig ist.

**Der entscheidende Ansatz wäre also, auf das Unnötige zu verzichten, um das Nötige für alle zu gewährleisten?**

Absolut, und dies könnte unter anderem dadurch geschehen, dass sich möglichst viele von uns die Frage stellen, welche Komplikationen sie in einer bestimmten Situation noch behandelt haben wollten und welche nicht. Das Gute daran ist: Auf diese Weise liesse sich nicht bloss Geld einsparen, sondern es liesse sich auch das Patientenwohl verbessern und der Wille der Patientinnen bzw. der Patienten besser schützen.

**Haben es demnach die Patientinnen und Patienten in der Hand, unser Gesundheitswesen nachhaltiger auszurichten?**

Ohne jeden Einzelnen von uns wird es nicht gehen. Es erstaunt mich auch immer wieder, wie oft – so auch im Rahmen der Veranstaltungsreihe «Grenzen der modernen Medizin» – von der Bevölkerung die Auffassung geäussert wird, man müsse auch bei sich selbst und den eigenen Ansprüchen gegenüber der Medizin ansetzen. Aber es braucht ganz gewiss auch die Ärztinnen und Ärzte, die sich unbedingt mit der Frage auseinandersetzen müssen, ob alles, was sie anordnen, wirklich nötig ist. Zudem sollten sie sich auch die Frage stellen, ob das, was sie tun, tatsächlich evidenzbasiert ist.

**Sie vertreten aber auch die Ansicht, dass nicht alles, was heute von Ärztinnen und Ärzten gemacht wird, zwingend ärztliche Kompetenz erfordert.**

Ja, und ich ziehe zumindest in Zweifel, ob wir ein Medizinstudium finanzieren müssen, das den Ausgebildeten danach dazu dient, an der Zürcher Bahnhofstrasse Botox zu spritzen. Wir müssen uns fragen, ob die richtigen Leute das Richtige tun. Damit will ich nicht sagen, Botox zu spritzen sei falsch, aber ich gebe zu bedenken, dass es dafür nicht unbedingt die Kompetenzen einer Ärztin oder eines Arztes braucht. Deshalb sehe ich auch die aktuellen Entwicklungen, das Spektrum dessen zu erweitern, was Apotheken anbieten können, als Schritt in die richtige Richtung.

**Sind Sie zufrieden mit dem, was durch das Projekt «Nachhaltiges Gesundheitssystem» erreicht werden konnte?**

Zunächst bin ich fast schon überrascht, dass es überhaupt etwas bewirkt. Ich habe schon viele Berichte gesehen – und teils daran mitgewirkt –, die ohne Einfluss blieben. Es ist zum Beispiel einiges aus unserem Projekt in die Strategie «Gesundheit 2020» des Bundes eingeflossen. Aber die Ziele sind ambitioniert – und die Mühlen mahlen auch im Gesundheitswesen langsam.

*Interview: Barbara Bleisch und Jean-Daniel Strub*



# «Ist weniger mehr? Grenzen der modernen Medizin»

## Versuch eines Fazits

Wer nach den Grenzen der modernen Medizin fragt, hört zunächst einmal so viel über die bestehenden und künftigen Möglichkeiten der Medizin, dass sich auf den ersten Blick die Frage aufdrängt, ob ihr überhaupt Grenzen gesetzt sind. Doch sind es, so zeigt der zweite Blick, oftmals gerade die zunehmenden Möglichkeiten der modernen Medizin, die uns mit ihren Grenzen konfrontieren bzw. uns dazu zwingen, uns mit ihren Grenzen zu befassen. Freilich bestimmt dabei die Rolle, welche wir im Gesundheitswesen einnehmen, massgeblich, welche Grenzen wir für relevant halten und welche Grenzen uns schliesslich als echte Einschränkungen von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen gegenüberstehen. Ob wir als Patient, Prämienzahlerin, Pfleger, Ärztin oder Politikerin agieren, ist in dieser Hinsicht jedenfalls nicht einerlei. Umso bedeutsamer, aber auch umso herausfordernder, erweist sich die Verständigung darüber, welche Grenzen der modernen Medizin in gesellschaftlicher und politischer Hinsicht von Bedeutung sind. Und welche Grenzen mit Blick auf die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens gegebenenfalls zu setzen sind. Denn nicht zuletzt ist dies stets auch eine Verständigung darüber, welche Errungenschaften der Medizin als allgemein zugänglich gesichert bzw. allgemein zugänglich gemacht werden sollen.

Dieser Herausforderung stellte sich an fünf Vormittagen die Veranstaltungsreihe des Forums für Universität und Gesellschaft der Universität Bern. Es eröffnete damit einem stets sehr zahlreich anwesenden Publikum den Raum, in eine solche Verständigung über die Grenzen und den Zugang zu den Möglichkeiten der modernen Medizin einzutreten. Dass dabei die Verteilungsfrage einen zentralen Fokus darstellen würde, machte bereits der Titel der Reihe deutlich, fragte dieser doch danach, ob «weniger» im Hinblick auf die gegenwärtigen und absehbaren Entwicklungen in der Medizin nicht sogar «mehr» sein könnte.

Plakative Antworten vermochte die Veranstaltungsreihe nicht zu liefern, solche waren aber selbstverständlich auch nicht angestrebt. Die Referate und die jeweils an sie anschliessenden Diskussionen mit den Referierenden und dem Publikum zielten vielmehr darauf ab, die Probleme und Fragestellungen differenzierter zu benennen, mit denen uns die Beschäftigung mit Grenzen der modernen Medizin konfrontiert. Drei davon, die an vorderster Stelle zur Sprache kamen, lassen sich im Sinne eines Fazits zur gesamten Veranstaltungsreihe hervorheben:

### 1. Weniger und mehr

Die Titelfrage, ob aufgrund der Entwicklungen in der modernen Medizin bzw. im Gesundheitswesen ein Marschhalt angezeigt wäre, um darüber nachzudenken, ob wir nicht riskieren, vor lauter Machbarem das Wünschbare aus dem Blick zu verlieren, hat sich als höchst berechtigt erwiesen. Und zwar mit Blick auf alle Schwerpunkte, die im Rahmen der Reihe gelegt worden sind. «Ist weniger mehr?» – diese Frage, so wurde deutlich, verweist aber wiederum auf unterschiedliche Ebenen der Diskussion.

#### Wie viel Wissen ist genug?

Zum einen steht damit die Frage nach der Information bzw. dem bestehenden Wissen in der Medizin im Raum. So wurde etwa diskutiert, dass mit Blick auf die Entscheidungsfindung in der Medizin zumindest unklar sei, ob die umfassende, möglichst lückenlose Information der Patientinnen und Patienten diesen wirklich helfe, einen informierten Entscheid zu treffen. Weniger, so scheint es, könnte hier zuweilen dahingehend mehr sein, dass es den Betroffenen besser erlaubt, aufgrund der für sie wirklich relevanten Tatsachen zu einem wohlherwogenen und wohlinformierten Entscheid zu gelangen. Hingewiesen wurde aber auch auf die immer grösser werdende Menge an Daten, die im Rahmen der genombasierten, sogenannten personalisierten Medizin generiert und genutzt werden können. Ob in diesem Bereich mehr Wissen immer besser sei, entscheide sich etwa an der Frage, wie die Sicherheit der gewonnenen (Gesundheits-) Daten gewährleistet werden könne, aber auch daran, wie weit es gelingt, gesichertes Wissen über die medizinische Bedeutung der erhobenen genetischen Daten zu erlangen.

#### Wie viel Therapie ist zu viel?

Zum anderen zielt die Frage, ob weniger bisweilen mehr sein könne, auch darauf ab, ob Patientinnen und Patienten wirklich nur diejenigen Behandlungen

erhalten, die tatsächlich der Verbesserung ihrer Situation dienen. Dass die moderne Medizin dies nicht vollumfänglich zu gewährleisten vermag, wurde in mehreren Referaten verdeutlicht. Zum einen wurde darauf hingewiesen, dass es auch heute noch vielfach am nötigen Wissen über Krankheiten und ihre Entstehung bzw. Behandlung fehle – so seien beispielsweise nach wie vor gut 50 Prozent aller medizinischen Studien nicht reproduzierbar. Zum zweiten, so zeigte sich etwa im Rahmen des Schwerpunkts zum Lebensende, fehle es im Gesundheitswesen noch an der Erfahrung und der Übung darin, im Einklang mit den Wünschen der Betroffenen auf Therapien zu verzichten und den Lauf der Dinge geschehen zu lassen. Zum dritten schliesslich wurde immer wieder diskutiert, dass das Gesundheitswesen sowohl auf Seiten der Patientinnen und Patienten als auch auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte die Anreize so setze, dass im Zweifelsfalle mehr, gewiss nicht weniger an Leistungen erbracht und in Anspruch genommen werde. Noch immer gelte es heute, sich gegen die Dynamik zu stemmen, dass mehr und vor allem länger behandelt werde, als man es sich als Betroffene wünsche. Derweil brauche man (noch) nicht zu fürchten, Leistungen, die man benötige, nicht zu erhalten. Allerdings, so wurde sowohl zu Beginn wie am Schluss der Reihe hervorgehoben, sei es wichtig, dass versucht werde zu eruieren, wo auch im Interesse der Patientinnen und Patienten weniger gemacht werden sollte, als es heute der Fall ist. Denn gerade dies leiste einen wichtigen Beitrag dazu, dass mittelfristig eine Situation vermieden werden könne, in der Patientinnen und Patienten notwendige Leistungen aus Kostengründen vorenthalten werden müssten. In diesem Sinne, so zeigte sich, ist die Frage danach, ob weniger in der modernen Medizin zuweilen mehr sein kann, Teil der fundamentalen Frage nach der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen – als Frage nach dem gleichen Zugang aller zu den in einer bestimmten Situation benötigten medizinischen Leistungen. Für die Gesellschaft als Ganze ergibt sich daraus die komplexe Aufgabe zu bestimmen, wie der Ausschluss bestimmter Leistungen gerechtfertigt und durchgesetzt werden kann. Sie hat also die Aufgabe festzulegen, wie wir uns auf ein Weniger einigen können, um den gleichen Zugang aller zu den Errungenschaften der modernen Medizin auch auf lange Sicht zu gewährleisten.

## 2. (Fehl-)Anreize und die Rolle der Ärzteschaft

Steht diese Frage im Raum, so ist auch die Frage aufgeworfen, welche Akteure in der Pflicht stehen, um eine derartige Bereinigung dessen, was in der Medizin angeboten und nachgefragt wird, zu erreichen. Und es gilt zu hinterfragen, welche Anreize zugunsten dieses Ziels wirken bzw. im Hinblick darauf zu korrigieren wären. An vorderster Front angesprochen wurde hierbei immer wieder die Ärzteschaft. Ihr komme, so hoben die meisten Referate hervor, im Hinblick auf die nachhaltige Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens eine Schlüsselrolle zu. Denn es seien die Ärztinnen und Ärzte, die am ehesten über das nötige Wissen verfügten, um einzuschätzen, ob eine bestimmte Behandlung für eine bestimmte Patientin sinnvoll sei oder nicht. Sollte der Verzicht auf bestimmte Leistungen (bzw. der Verzicht auf deren Vergütung) erreicht werden, so benötige

es die Bereitschaft der Ärzteschaft zu hinterfragen, ob alle durch sie angeordneten Massnahmen wirklich notwendig seien.

Freilich, so war man sich einig, bestehe eine Problematik darin, dass das heutige Vergütungssystem ebenso wie die allgemeine Absicherungsmentalität dazu beitrügen, dass von Seiten der Ärztinnen und Ärzte eher mehr angeordnet werde als nötig, und gewiss nicht weniger. Von Seiten der Patientinnen und Patienten wiederum würden aus den gleichen Gründen mehr Leistungen in Anspruch genommen, als sie bräuchten – und ebenfalls nicht weniger. Während für Ärztinnen und Ärzte höherer Verdienstwinke, führe bei den Patientinnen und Patienten die solidarisch getragene Krankenversicherung, die von niemandem in Frage gestellt wurde, dazu, dass man Leistungen als «bereits bezahlt» empfinde und sie mit einem entsprechenden Anspruch nutze. Soll die Balance von Angebot und Nachfrage neu justiert werden, gilt es daher an vorderster Stelle – so hat die Veranstaltungsreihe gezeigt – die bestehenden Fehlanreize zu durchbrechen bzw. in richtige Bahnen zu lenken.

## 3. Wer sind wir

Aber nicht bloss die Ärzteschaft wurde als verantwortlich angesehen, um zu bestimmen, aufgrund welcher Grenzen der Medizin weniger in gewissen Fällen auch mehr sein könne. Vielmehr wurde über die ganze Reihe hinweg und besonders vom Publikum immer wieder darauf hingewiesen, dass die Gesellschaft als Ganze, also wir alle, aufgefordert seien, das Wünschbare und das Machbare voneinander zu trennen und festzulegen, worauf ein Anspruch bestehe und worauf nicht. Eine solche Quintessenz jedoch ist ebenso erwartbar, wie sie bezüglich ihrer Umsetzung interpretationsbedürftig ist. Es scheint zwar Konsens zu sein, dass mit «wir» nur die Solidargemeinschaft gemeint sein kann, mit allen, die zu ihr gehören. Dennoch blieb letztlich offen, wie und in welchen Gefässen das so verstandene «wir» dazu gebracht werden könnte, die schwierige Aufgabe anzugehen, zu einer Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in eine nachhaltige Richtung beizutragen. Es war schliesslich das Publikum, das mit Nachdruck darauf hinwies, dass es letztlich jeder und jedem Einzelnen zukomme, sich zu fragen, ob eine bestimmte Massnahme notwendig oder allein schon das Aufsuchen der Ärztin angezeigt sei. Die Bereitschaft der Bevölkerung, sich diese Fragen zu stellen, werde jedenfalls – so der Tenor – gemeinhin unterschätzt.

Inwiefern sich diese Annahme wissenschaftlich belegen lässt und wie sie gesundheitspolitisch zu operationalisieren wäre, liess die Veranstaltungsreihe offen. Dass die Trennung von Wünschbarem und Machbarem im Interesse eines nachhaltigen Gesundheitswesens uns alle angeht, hat sie aber allemal bestätigt. Und gewiss auch, dass wir uns dieser Aufgabe besser heute als morgen anzunehmen beginnen.

*Jean-Daniel Strub*



# Referenten und Referentinnen / Autorinnen und Autoren

## *Referenten und Referentinnen*

### **Büchler Andrea, Prof. Dr. iur.**

Lehrstuhl für Privatrecht und Rechtsvergleichung,  
Rechtswissenschaftliches Institut, Universität Zürich

### **Candinas Daniel, Prof. Dr. med.**

Klinikdirektor und Chefarzt der Universitätsklinik  
für Viszerale Chirurgie und Medizin, Inselspital Bern

### **Carrel Thierry, Prof. Dr. med.**

Direktor der Universitätsklinik für Herz- und  
Gefässchirurgie, Inselspital Bern

### **Cassis Ignazio, Dr. med.**

Lehrbeauftragter für Public Health und Gesund-  
heitssysteme an den Universitäten Lausanne, Bern,  
Zürich und Lugano, FDP-Nationalrat

### **Exadaktylos Aristomenis, Prof. Dr. med.**

Direktor und Chefarzt des Universitären Notfall-  
zentrums, Inselspital Bern

### **Felder Stefan, Prof. Dr.**

Lehrstuhl für Health Economics, Wirtschaftswissen-  
schaftliche Fakultät, Universität Basel

### **Gallati Sabina, Prof. Dr.**

Leiterin der Abteilung Humangenetik, Universitäts-  
klinik für Kinderheilkunde, Inselspital Bern

### **Jüni Peter, Prof. Dr. med.**

Institutsleiter des Berner Instituts für Hausarzt-  
medizin BIHAM, Universität Bern

### **Kronenberg Andreas, PD. Dr. med.**

Leiter des Schweizerischen Zentrums für Antibiotika-  
resistenzen, Bern und Internist und Infektiologe,  
Praxis Bubenbergrasse, Bern

### **Langewitz Wolf, Prof. Dr. med.**

Stv. Chefarzt und Leitender Arzt der Abteilung Psy-  
chosomatik, Universitätsspital Basel

### **Mausbach Julian, Dr. iur.**

Geschäftsführer des Kompetenzzentrums Medizin-  
Ethik-Recht Helvetiae (MERH), Universität Zürich

### **Meier-Abt Peter, Prof. Dr. med.**

Präsident der Schweizerischen Akademie der  
Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Basel

### **Nelle Mathias, PD. Dr. med.**

Abteilungsleiter der Neonatologie an der Universi-  
tätsklinik für Kinderheilkunde, Inselspital Bern

### **Noth Isabelle, Prof. Dr. theol.**

Co-Direktorin des Instituts für praktische Theologie  
und Leiterin der Abteilung Seelsorge, Religionspsy-  
chologie und Religionspädagogik, Universität Bern

**Schaer Bettina**, Mutter der frühgeborenen Sarah,  
Leiterin Personalmanagement Verwaltungspersonal,  
Erziehungsdirektion des Kantons Bern

### **Scheidegger Daniel, Prof. Dr. med.**

Ehem. Leiter der Arbeitsgruppe «Nachhaltige  
Medizin» der Schweizerischen Akademie der Medi-  
zinischen Wissenschaften (SAMW), Arlesheim

### **Stuck Andreas, Prof. Dr. med.**

Chefarzt und Leiter der Geriatrischen Universitäts-  
klinik, Spital Netz Bern und Inselspital Bern

### **Täuber Martin, Prof. Dr. med.**

Rector der Universität Bern

### **Michael von Wolff, Prof. Dr. med.**

Leiter der Abteilung Gynäkologische Endokrinologie  
und Reproduktionsmedizin, Universitätsklinik für  
Frauenheilkunde, Inselspital Bern

## *Autorinnen und Autoren*

### **Beyeler Sarah, Dr.**

Projektassistentin und Kommunikationsverantwor-  
tliche des Forums für Universität und Gesellschaft,  
Universität Bern

### **Bleisch Barbara, Dr.**

Moderatorin SRF «Sternstunde Philosophie»,  
Dozentin und wissenschaftliche Mitarbeiterin  
am Universitären Forschungsschwerpunkt Ethik,  
Universität Zürich

### **Burger Rudolf, Dr.**

Ehem. stv. Chefredaktor bei «Der Bund», Gemeinde-  
präsident von Bolligen

### **Dubach Martina, Dr.**

Geschäftsführerin des Forums für Universität und  
Gesellschaft, Universität Bern

### **Lauber Anina**

Ehem. Projektassistentin und Kommunikations-  
verantwortliche des Forums für Universität und  
Gesellschaft, Universität Bern

### **Moser Doris**

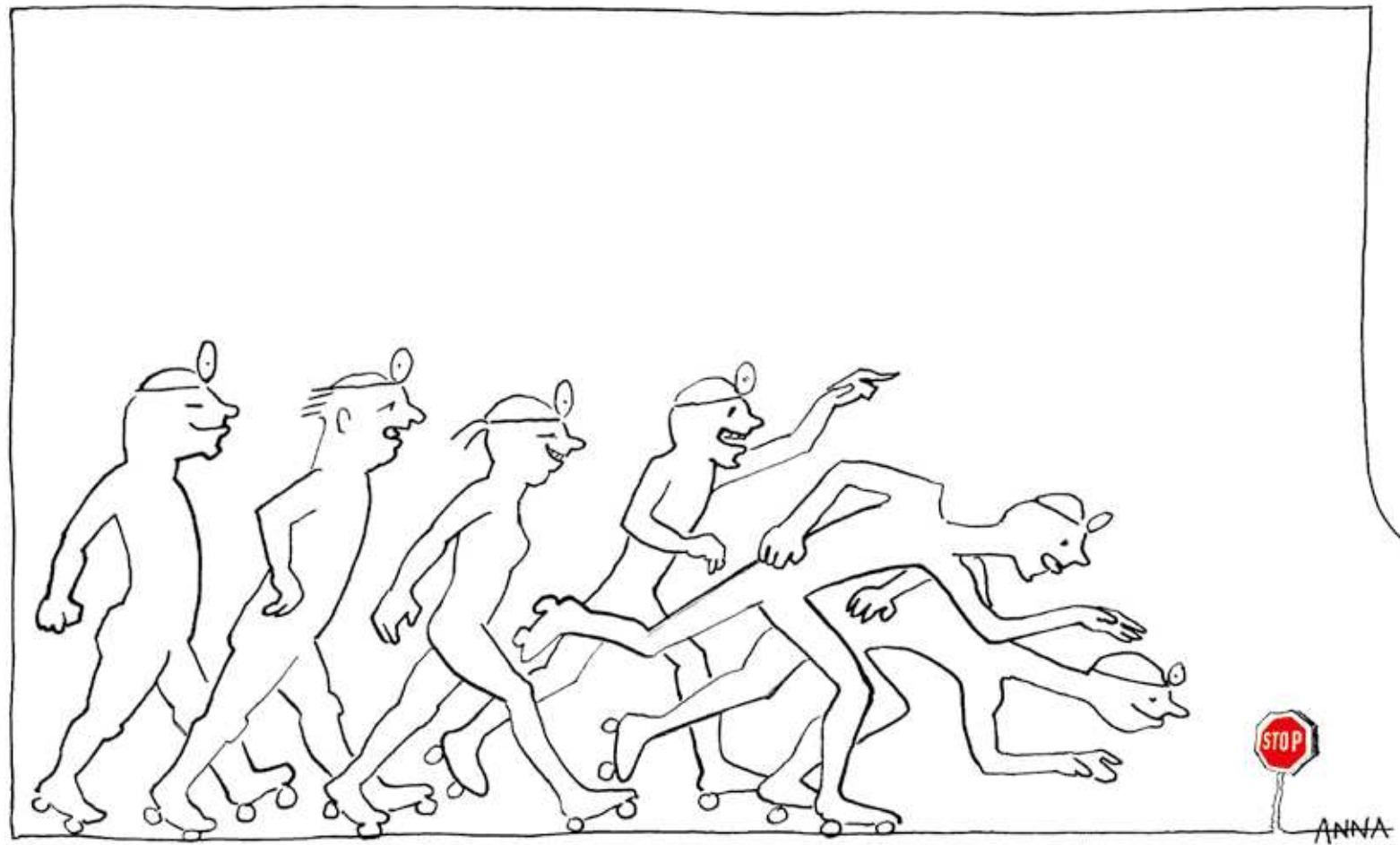
Mitarbeiterin des Forums für Universität und  
Gesellschaft, Universität Bern

### **Strub Jean-Daniel, Dr.**

Brauer & Strub | Medizin Ethik Politik und wissen-  
schaftlicher Mitarbeiter und Projektleiter im Bereich  
Wissenschaftspolitik beim ETH-Rat, Zürich

### **Walser Brigitte**

Journalistin BZ Berner Zeitung, Ressort Politik, Bern



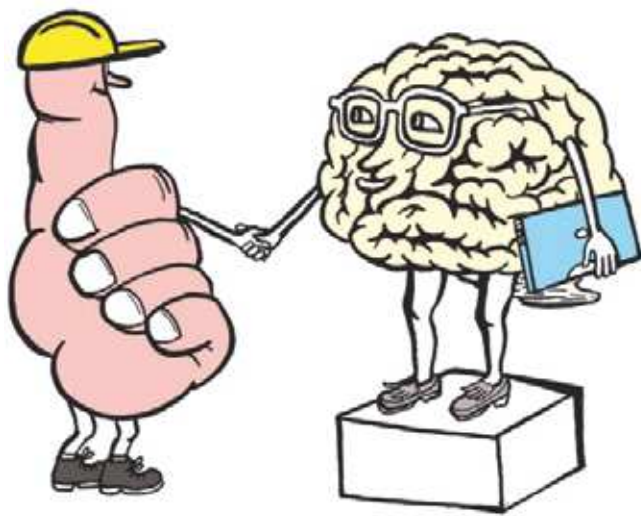


<sup>b</sup>  
**UNIVERSITÄT  
BERN**

## Der universitäre Abschluss als Ziel

69 verschiedene Weiterbildungsabschlüsse an der Universität Bern – Ihrer Weiterbildungsuniversität  
[www.weiterbildung.unibe.ch](http://www.weiterbildung.unibe.ch)

**Master of Advanced Studies MAS**  
**Diploma of Advanced Studies DAS**  
**Certificate of Advanced Studies CAS**



## Forumsgespräche 2015

### Akademisierung oder Arbeitsmarktbefähigung? Das Ausbildungssystem der Schweiz

**Das Ausbildungssystem der Schweiz  
aus internationaler und aus Schweizer Sicht**  
Dienstag, 25. August 2015

**Bilden wir die richtigen Fachkräfte aus?**  
Dienstag, 15. September 2015

Jeweils um 18.30 Uhr in der UniS,  
Raum A003, Schanzeneckstrasse 1, Bern  
**Eintritt frei, Anmeldung obligatorisch**  
Weitere Informationen:  
[www.forum.unibe.ch](http://www.forum.unibe.ch) oder [fug@fug.unibe.ch](mailto:fug@fug.unibe.ch)



## Veranstaltungsreihe 2016

### Nachhaltigkeit und Wirtschaftswachstum – ein Widerspruch?

**Nachhaltige Entwicklung zwischen  
Bedürfnis und Anspruch**  
Samstag, 16. Januar 2016

**Ressourcen am Limit?**  
Samstag, 6. Februar 2016

**Wirtschaftswachstum für den Wohlstand?**  
Samstag, 27. Februar 2016

**Möglichkeiten und Grenzen der politischen  
Rahmensetzung**  
Samstag, 19. März 2016

**Wege zu einer nachhaltigen Gesellschaft**  
Samstag, 16. April 2016

Jeweils um 9.00 Uhr in der UniS,  
Raum A003, Schanzeneckstrasse 1, Bern  
**Eintritt frei, Anmeldung obligatorisch**  
Weitere Informationen:  
[www.forum.unibe.ch](http://www.forum.unibe.ch) oder [fug@fug.unibe.ch](mailto:fug@fug.unibe.ch)

### Herausgeber

Forum für Universität und Gesellschaft  
Gesellschaftsstrasse 25  
CH-3012 Bern  
Telefon: +41 31 631 45 66  
fug@fug.unibe.ch  
www.forum.unibe.ch

Prof. Dr. Samuel Leutwyler: Präsident  
Dr. Martina Dubach: Geschäftsführerin

### Redaktion

Dr. Martina Dubach und Dr. Sarah Beyeler

### Layout

Christa Heinzer

### Bildnachweise

Titelbild und Seiten 5, 15, 24, 26, 33: © annahartmann.net  
Seite 6: © Faculty of Business and Economics,  
Universität Basel  
Seite 10: © Bern Tourismus und de.fotolia.com  
Seite 14: © commons.wikimedia.org/wiki/File:  
Diarrhoeal\_diseases\_world\_map\_-\_DAILY\_-\_WHO2004.svg,  
wwwf1online.de Bildnr. 5569930,  
de.fotolia.com/id/77528259,  
www.fao.org/3/a-i2425e.pdf,  
de.wikipedia.org/wiki/Datei: Tropen\_Subtropen.jpg,  
commons.wikimedia.org/wiki/File:  
World\_density\_2010.png?uselang=de  
Seite 16: © Roland Schmid  
Seite 20: © Nikolaos Fries  
Seite 23: © M. Babey, HMB Historisches Museum Basel  
Seite 25: © rainerpunktzufall.wordpress.com  
Seite 35: Inserat Forumsgespräche:  
© katharina gschwendtner @ 2agenten.com

*Das Forum schafft  
als Schnittstelle zwischen  
der Universität Bern und  
der Gesellschaft Verständnis für  
die jeweils andere Seite.*

.....

